



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **Atitudes e comportamentos perante o adolescente**

**Marina Manuela Gonçalves dos Santos**

Orientação: Prof<sup>a</sup> Maria Dulce Damas da Cruz

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **Atitudes e comportamentos perante o adolescente**

**Marina Manuela Gonçalves dos Santos**

Orientação: Prof<sup>ª</sup> Maria Dulce Damas da Cruz

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



## RESUMO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detentor do grau de Mestre em Enfermagem deverá ser capaz de conjugar elevados níveis de conhecimentos teóricos e práticos na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família/pessoa significativa, em situações diversas e muitas vezes marcadas por um elevado grau de complexidade, como acontece na adolescência. Na realidade, esta é uma etapa do desenvolvimento humano marcada por significativas e desafiantes mudanças a vários níveis, vivenciadas pelo adolescente e por quem o rodeia. Apresenta-se, portanto, como uma área de prestação de cuidados desafiante, que exige uma atuação baseada em sólidos padrões de conhecimento teórico e prático. De modo a obtê-los, foi realizado o percurso académico plasmado no presente Relatório de Estágio, que pretende refletir as aprendizagens realizadas durante a componente prática do mesmo e sobre a prestação de cuidados durante a adolescência.

**Palavras-chave:** adolescência, confidencialidade, privacidade, competência, conhecimento.

## ABSTRACT

The Nursing Specialist in Child and Pediatric Health Nursing who holds the Master's degree in Nursing should be able to combine high levels of theoretical and practical knowledge in the provision of care to the child/youth and their family/significant other, in diverse situations, often marked by a high degree of complexity, as in adolescence. In fact, this is a stage of human development marked by significant and challenging changes at various levels experienced by the adolescent and those around him. It is therefore a challenging area of care, which requires action based on solid standards of theoretical and practical knowledge. In order to obtain them, was carried out an academic course set out in the present Internship Report, which aims to reflect the lessons learned during the practical component of the same and about the provision of care during adolescence.

**Keywords:** adolescence, confidentiality, privacy, competence, knowledge.

## ÍNDICE DE APÊNDICES | ANEXOS

APÊNDICE I .....	44
Utilização dos serviços de saúde por adolescentes previamente saudáveis: motivações e perspectivas – Resumo da Revisão da Literatura.....	44
APÊNDICE II .....	48
Cronograma do Projeto de Estágio.....	48
APÊNDICE III .....	50
Adolescência: O que sabemos? O que fazemos? Como fazemos? – sessão elaborada no contexto do Estágio Final Módulo C.....	50
APÊNDICE IV .....	64
Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil: Consultas na Adolescência – 10 A   12/13 A  15/18 A – Documento de trabalho elaborado durante o Estágio Final Módulo C.....	64
APÊNDICE V .....	72
Adolescência e Saúde – Panfleto elaborado durante o Estágio Final Módulo C .....	72
ANEXO I .....	75
Parecer da Comissão de Ética para a Saúde .....	75

## ÍNDICE DE FIGURAS | TABELAS

Tabela 1 - Consultas de vigilância versus consultas por doença realizadas na infância e adolescência .....	24
Tabela 2 - EEESIP Mestre em Enfermagem: estágios e aquisição de competências .....	33
Figura 1 - Modelo de análise SWOT (adaptado de Pereira e Rito, 2013).....	35

## LISTA DE ACRÓNIMOS | SIGLAS

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL - Decreto-Lei

DM – Diabetes Mellitus

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

HBSC - *Health Behaviour in School-aged Children*

INE – Instituto Nacional de Estatística

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RNU – Registo Nacional de Utentes

s.d. – sem data

SINUS – Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. ADOLESCÊNCIA E SAÚDE.....	12
1.1. O ADOLESCENTE E A SAÚDE.....	12
1.2. OS SERVIÇOS DE SAÚDE E O ADOLESCENTE.....	16
2. METODOLOGIA .....	20
2.1. ESTUDO DE CASO .....	20
2.2. REVISÃO DA LITERATURA .....	21
2.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	22
2.4. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS .....	25
2.4.1. Objetivo geral .....	26
2.4.2. Objetivos específicos.....	26
2.5. PLANEAMENTO .....	26
2.6. EXECUÇÃO .....	27
2.7. AVALIAÇÃO.....	28
3. REFLEXÃO CRÍTICA .....	30
CONCLUSÃO .....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	38

## INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer nos anos letivos 2017/2018 e 2018/2019 no Instituto Politécnico de Setúbal|Escola Superior de Saúde, pretendendo expor o percurso efetuado durante os vários estágios incluídos nas Unidades Curriculares (UC) Estágio I e Estágio Final. Tendo decorrido em vários âmbitos de prestação de cuidados de enfermagem, os referidos estágios tiveram como fio condutor um projeto de investigação-ação subordinado ao tema “Atitudes e comportamentos perante o adolescente”, enquadrado na Linha de Investigação “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013), constituindo a adolescência um período de transição entre a infância e a idade adulta (Hockenberry, 2006), caracterizado por transformações físicas exuberantes e um aumento significativo das capacidades cognitivas, assim como um enriquecimento do repertório afetivo e uma estruturação mais sofisticada do processo de socialização (DGS, 2013). Vivencia-se, assim, uma fase por vezes difícil, na medida em que, além de marcar a transição entre a infância e a vida adulta, a adolescência constitui simultaneamente um período de acentuadas mudanças a nível físico, cognitivo, emocional e social (Barreto, Silva, Nortean & Marcon, 2012), o que afeta o adolescente enquanto ser individual, mas também aqueles que o rodeiam e com quem ele partilha o seu quotidiano.

Se, por um lado, a adolescência constitui uma etapa do desenvolvimento com características próprias e bem definidas, por outro lado, constrói-se através de uma multiplicidade de aventuras individuais (Fonseca, 2008), potenciadoras do crescimento e desenvolvimento pessoal e da autonomia, mas por vezes acompanhadas de riscos para a saúde dos adolescentes a curto, médio ou longo prazo (DGS, 1998). Efetivamente, apesar de o adolescente ser, na maioria dos casos, um indivíduo saudável e se sentir saudável, a mortalidade prematura, a morbilidade e as lesões continuam a assumir proporções consideráveis nesta faixa etária, afetando a sua capacidade para crescer e desenvolver-se plenamente e colocando em risco a sua saúde não só no presente, como também no futuro (OMS, 2018). Porém, mesmo os comportamentos que colocam em risco a sua saúde, são para o adolescente providos de significado, o que nem sempre é fácil de entender (DGS, 1998), nomeadamente pelos adultos

que o rodeiam ou mesmo pelos profissionais de saúde que lhe prestam cuidados, em parte devido a um entendimento desajustado do adolescente e da adolescência.

Utilizando um modelo conceptual centrado na criança e família e encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (OE, 2018), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) possui um conhecimento aprofundado sobre as características da adolescência e dos cuidados de enfermagem a prestar nesta faixa etária. Consequentemente, assume um papel de particular relevo na promoção do mais elevado estado de saúde possível do adolescente e sua família/pessoa significativa, trabalhando em parceria com ambos na prestação de cuidados de nível avançado em qualquer contexto de saúde em que se encontrem (OE, 2011), de modo a que possam adquirir competências que lhes permitam gerir esta etapa do ciclo de vida e os seus “processos específicos de saúde/doença” (OE, 2018, p. 2). Por outro lado, sendo detentor de um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, a atuação do enfermeiro especialista envolve também a educação dos pares e a responsabilidade de disseminar investigação relevante que contribua para o progresso da prática de enfermagem (OE, 2019) e, consequentemente, dos resultados obtidos. Como tal, é também competência do EEESIP contribuir para o conhecimento sobre a adolescência e as necessidades de cuidados nesta faixa etária no seu contexto de trabalho, de modo a potenciar o acesso equitativo a cuidados de enfermagem promotores da saúde e bem-estar do adolescente e sua família/pessoa significativa, que respeitem os princípios de proximidade, parceria, capacitação e direitos humanos e do adolescente, prestados numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (OE, 2011). Ao possuir simultaneamente o grau de mestre, o EEESIP aplica os seus conhecimentos e competências “em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”, sendo capaz de trabalhar em situações complexas e inesperadas e refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais da sua atuação (Decreto-Lei [DL] nº 63/2016, p. 3174). Sendo a adolescência uma etapa do ciclo de vida com características tão desafiantes e, por vezes, paradoxais, numa viagem do mundo da infância para o dos adultos em que, precisamente por isso, o adolescente já não é criança mas também ainda não é adulto (OMS, 2002), o EEESIP Mestre em Enfermagem assume um papel de particular importância, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento e recuperação do adolescente e da sua família/pessoa significativa (OE, 2011), ao prestar cuidados especializados e, sabendo que tal nem sempre é possível, contribuir para que outros elementos do contexto da prática cuidativa o façam com base em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes (OE, 2019).

Considerando o que tem vindo a ser exposto e indo ao encontro do enunciado no Programa Formativo do EEESIP (OE, 2017), os estágios que estão na base do presente relatório foram realizados em Unidades de Cuidados Diferenciados (Estágio Final – Módulos A e B), particularmente num Serviço de Pediatria (Internamento de Medicina/Cirurgia Pediátrica, Neonatologia – Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN) e Urgência Pediátrica) e em Unidades de Cuidados na Comunidade (Estágio I e Estágio Final – Módulo C), nomeadamente numa Consulta Externa de Pediatria e numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de duas Unidades Locais de Saúde distintas.

Tendo como objetivo geral narrar o percurso realizado durante a Componente Clínica do programa formativo anteriormente referido, o presente relatório apresenta-se com os seguintes objetivos específicos: refletir sobre a prática clínica e apresentar o projeto de investigação-ação realizado.

Com o propósito de responder aos objetivos delineados, realiza-se de seguida um enquadramento teórico do tema subjacente ao projeto “Atitudes e comportamentos perante o adolescente”. Posteriormente, proceder-se-á à descrição da metodologia utilizada na consecução do referido projeto e à análise dos resultados obtidos, com uma reflexão sobre a literatura e evidência científica encontradas *versus* prática clínica realizada/presenciada.

## 1. ADOLESCÊNCIA E SAÚDE

Em Portugal existiam em 2011 cerca de 1,7 milhões de pessoas com idade compreendida entre os 10 e os 24 anos (PORDATA, 2018). Mundialmente e de acordo com dados da Organização das Nações Unidas, este valor situava-se em 2014 em 1,8 bilhões de pessoas, constituindo uma das maiores populações de jovens e adolescentes da história que, de acordo com a mesma organização, podem contribuir de forma decisiva para o desenvolvimento sustentável dos países, dada a sua resiliência diante dos desafios individuais e sociais. Porém, ainda de acordo com a mesma fonte, para que esse contributo seja efetivo e de modo a que possam alcançar o seu pleno potencial, é necessário assegurar os direitos destes jovens e adolescentes e investir no seu futuro, proporcionando-lhes, entre outras condições, o acesso a cuidados de saúde adequados. Os profissionais de saúde devem, portanto, estar preparados para prestar cuidados de qualidade nesta faixa etária, “com vista à concretização plena do potencial biológico e psicossocial dos indivíduos durante a segunda década de vida” (DGS, 1998, p. 13).

### 1.1. O ADOLESCENTE E A SAÚDE

Revendo a literatura existente sobre o tema da adolescência, há uma ideia principal que se sobrepõe a todas as outras – definir o conceito de adolescência é uma tarefa difícil, na medida em que vários são os significados atribuídos e nem mesmo os limites etários são consensuais. Efetivamente, trata-se de um “conceito lato, de difícil aplicação a um grupo etário rigorosamente definido” (DGS, 1998), uma etapa da vida que decorre durante um período mais ou menos alargado, sem que haja um acontecimento único e/ou exato que marque o seu início e/ou o seu fim (Simões, 2010). Porém, de modo a harmonizar a linguagem utilizada nos vários programas, projetos e/ou outros documentos, é necessário estabelecer critérios, pelo que se adotaram os limites etários definidos pela OMS, reconhecendo-se a adolescência e a juventude como os períodos da vida que decorrem entre os 10 e os 19 anos e entre os 15 e os 24 anos, respetivamente (DGS, 1998). A OMS (2002, p. 5) divide ainda o período da adolescência em três fases: “*Early adolescence*” – dos 10 aos 13 anos; “*Mid-adolescence*” – dos 14 aos 15 anos; “*Later adolescence*” – dos 16 aos 19 anos.

A par com os limites etários definidos pela OMS, outro conceito relativo à adolescência referido por aquela organização que parece ser reconhecido por vários autores é a referência

ao facto de o adolescente já não ser uma criança, mas simultaneamente não ser ainda um adulto, numa alusão à viagem entre a infância e a idade adulta que caracteriza esta etapa da vida. A própria origem etimológica da palavra remete para este facto – a palavra adolescência deriva do vocábulo latino *adolescĕr*, que significa crescer para adulto (Simões, 2010). A adolescência é assim um período de marcado crescimento e desenvolvimento, de uma progressiva maturidade a nível biológico, cognitivo, social e emocional (Simões, 2010), uma etapa do desenvolvimento humano em que ocorrem modificações físicas exuberantes, acompanhadas de um aumento substancial das capacidades cognitivas e do repertório afetivo, bem como de uma reestruturação do processo de socialização (DGS, 2013). O adolescente vê, assim, o seu corpo adquirir novas características e assumir novas formas, num processo que marca a transformação de “um corpo infantil num corpo adulto, capaz de expressar-se eroticamente e de reproduzir-se” – puberdade (DGS, 2013, p. 111). A par (mas nem sempre ao mesmo ritmo) das mudanças corporais ocorre um aumento de algumas aptidões cerebrais (Giedd & Rapoport, 2010), conduzindo progressivamente à aquisição das capacidades cognitivas do adulto e à elaboração de estratégias para a tomada de decisões (DGS, 2013). Concomitantemente e fruto das suas novas capacidades, o adolescente constrói progressivamente a sua autonomia e identidade, assumindo simultaneamente novos papéis sociais (Fonseca, 2008), num processo em que, apesar de continuar a valorizar a família, concede uma importância crescente ao grupo de pares.

À semelhança do que acontece noutras etapas do desenvolvimento, também durante a adolescência o contexto em que o indivíduo se insere assume uma importância primordial, podendo ser decisivo na forma como todo este processo de crescimento se desenrola. A este respeito, Fonseca (2008) afirma que os contextos culturais e socioeconómicos, familiares e de saúde ou doença influenciam determinantemente o desenvolvimento do adolescente. Também Carvalho, Sá, Preto, Ferreira e Gaspar (2013) referem que o ambiente cultural, socioeconómico e familiar em que o adolescente se insere afeta a forma como vivencia as transformações que ocorrem durante a sua adolescência. Por outro lado, qualquer que seja o contexto em que se insere, cada adolescente vive a sua adolescência de forma particular – “os adolescentes não crescem todos ao mesmo ritmo (...), cada um cresce à sua maneira” (Fonseca, 2018).

Percebe-se pelo exposto que o crescer durante a adolescência pode não ser fácil, dadas as inúmeras transformações vivenciadas pelo adolescente, ocorridas a diversos níveis, sem aviso prévio e a ritmos por vezes completamente dispares. Ainda assim, ou talvez por isso, esta é, de acordo com Strecht (2008), uma etapa de enorme riqueza e potencial. Na realidade, o

adolescente tem vindo a adquirir novas capacidades físicas e cognitivas e a desenvolver novas competências psicossociais, que conduzem a novas tarefas de exploração, descoberta e aprendizagem (DGS, 1998). Perante tal evolução, o adolescente tem tendencialmente um sentimento de saúde e bem-estar que, na maioria dos casos, corresponde à realidade - “o adolescente é, essencialmente, um indivíduo saudável” (Fonseca, 2008, p. 108) e, no caso particular dos adolescentes portugueses, 87,4% afirmam gozar de excelente ou boa saúde (Matos & Equipa Aventura Social, 2018). Em consequência e apesar da elevada prevalência dos comportamentos de risco na adolescência e de ser esta a idade em que se faz o grande investimento relativamente à qualidade de vida futura, a vigilância de saúde na adolescência é globalmente reduzida (Fonseca, 2008). Os adolescentes constituem um grupo saudável que recorre pouco aos serviços de saúde (Fonseca, Pereira, Mendes, Valente & Figueira, 2004) e o hábito socialmente instituído de vigilância da saúde nos primeiros anos de vida vai progressivamente diminuindo a partir da idade escolar (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], sem data [s.d.]). Porém, dados da OMS (2018) revelam que a mortalidade prematura e a morbilidade continuam a assumir proporções consideráveis – em 2015 morreram 1,2 milhões de adolescentes, sobretudo por causas evitáveis e sabe-se atualmente que metade dos problemas de saúde mental na idade adulta começam a manifestar-se aos 14 anos, sem que a maioria seja detetada ou tratada atempadamente, constituindo a depressão a terceira causa principal de morbilidade e incapacidade entre os adolescentes e o suicídio a terceira causa de disfunção nos adolescentes entre os 15 e os 19 anos. A Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI), citando dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes ao período entre 2000 e 2012, mostra que a maior parte das mortes ocorridas na sequência de uma queda aconteceram entre os 15 e os 19 anos, sobretudo no decurso de atividades desportivas e de lazer, “que proporcionam experiências e sensações de adrenalina e desafio do risco” (APSI, 2014, p. 20). Ainda de acordo com a APSI (2015), na infância o maior número de mortos e feridos resultantes de acidentes rodoviários (como passageiro ou condutor) situa-se na faixa etária dos 15 aos 17 anos, muitas vezes devido ao consumo de álcool e à velocidade excessiva, mas também a fatores como a música num volume demasiado elevado durante a condução ou à distração pelos passageiros. Os números da OMS (2018) mostram que, mundialmente, existem mais de 2 milhões de adolescentes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana, com os resultados do último estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) (Matos & Equipa Aventura Social, 2018) a demonstrar que apenas 66,7% dos jovens portugueses utiliza o preservativo durante as relações sexuais, aspeto considerado preocupante por Matos (2018), citado por Martins, Leiderfarb e Rosa (2018), “sobretudo se o associarmos à elevada prevalência de infeções em Portugal nestes escalões etários e ao facto de eles serem muito pouco

conhecedores de medidas de rastreio e prevenção”. Os dados da OMS (2018) denunciam ainda que a violência é uma causa importante de mortalidade entre adolescentes do género masculino e que 1 em cada 10 jovens do género feminino menores de 20 anos afirmam ter sofrido de violência sexual. Igualmente de acordo com dados da OMS (2018), o consumo nocivo de álcool é um tema cada vez mais preocupante, na medida em que reduz a capacidade de autocontrolo e aumenta os comportamentos de risco, constituindo uma das principais causas de lesões, violência e mortes prematuras, a que acresce o facto de poder contribuir para problemas de saúde na idade adulta e influenciar a esperança média de vida. Consumir substâncias como o álcool e as drogas aumenta consideravelmente o risco de lesões não intencionais na sequência de quedas e acidentes rodoviários, na medida em que afeta a capacidade de o adolescente avaliar os riscos e alonga o tempo de reação a situações inesperadas (APSI, 2014). De notar ainda que pelo menos 1 em cada 10 adolescentes entre os 13 e os 15 anos consome tabaco e que, se nos países em desenvolvimento a desnutrição é ainda um fator de preocupação durante a adolescência, existe simultaneamente uma tendência de aumento do número de adolescentes com excesso de peso nos países desenvolvidos (OMS, 2018).

Os dados apresentados ilustram uma adolescência que pode ser repleta de novas aquisições e desenvolvimentos, mas que pode igualmente compreender alguns perigos, capazes de comprometer a sua capacidade de crescer e desenvolver-se plenamente (OMS, 2018). O adolescente saudável deverá ser capaz de percorrer a viagem da infância até à vida adulta tirando o máximo partido dos recursos e oportunidades que lhe vão sendo apresentadas e escolhendo livremente os seus riscos (SPP, s.d.). Porém, dificilmente tal percurso poderá ser efetuado de modo solitário, devendo os serviços de saúde dar resposta às necessidades de saúde dos adolescentes “de um modo integrado e proporcionando-lhes um ambiente adequado” (SPP, s.d., p. 1). Efetivamente, fomentar comportamentos saudáveis durante a adolescência e adotar medidas que permitam proteger os adolescentes dos riscos que se colocam à sua saúde é fundamental, de modo a prevenir problemas de saúde presentes e futuros (OMS, 2018). Porém, conseguir atingir tal propósito tem vindo a constituir-se como um verdadeiro desafio, na medida em que os adolescentes frequentam pouco os serviços de saúde, recorrendo a estes serviços sobretudo por motivos de doença aguda, resolvendo apenas o problema pontual, sem que se consiga, na maioria dos casos, “perceber como é que ele se enxerta no todo” (Fonseca, 2008, p. 107). Inverter esta tendência tem vindo a ser uma preocupação ao longo dos anos – tendo a OMS começado a dar especial atenção à adolescência em meados da década de 60, em Portugal as questões específicas relacionadas com a saúde dos adolescentes começaram a ser abordadas no final dos anos 70 (DGS, 1998), mas o Serviço



Nacional de Saúde (SNS) continua a não estar preparado para atender os problemas dos adolescentes, como afirma Matos (2018), citado por Martins, Leiderfarb e Rosa (2018).

## 1.2. OS SERVIÇOS DE SAÚDE E O ADOLESCENTE

Os adolescentes formam um grupo único, caracterizado por rápidos desenvolvimentos de ordem física e emocional (OMS, 2015b), rumo à autonomia e à definição da sua própria identidade. Neste processo dependem ainda muitas vezes dos seus pais/pessoa significativa e necessitam de serviços de saúde que os respeitem (OMS, 2015b) e promovam o seu crescimento e desenvolvimento pessoal e social, bem como a sua autodeterminação e progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido (DGS, 2013) e contribuindo para construção de uma coorte de adolescentes saudáveis, capaz de se desenvolver plenamente e estabelecer as bases para a saúde e prosperidade desta geração e da próxima (OMS, 2014).

Apesar dos avanços que têm vindo a ser observados e da existência de exceções à regra, a verdade é que a OMS (2015a) continua a referir que as evidências de países mais ou menos desenvolvidos, com maior ou menor poder económico, mostram que os serviços de saúde dirigidos aos adolescentes permanecem altamente fragmentados, mal coordenados e de qualidade irregular. De acordo com a mesma organização, os adolescentes geralmente apontam como motivo da sua insatisfação a afastamento destes serviços a falta de respeito, privacidade e confidencialidade, o medo do estigma e discriminação e a imposição dos valores morais dos profissionais de saúde.

Neste sentido, organizações como a OMS e a *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* tem vindo a chamar a atenção para o desenvolvimento de serviços de saúde “amigos dos adolescentes”, com características como a gratuidade ou baixo custo no acesso e a disponibilização de informação em saúde simultaneamente fidedigna e compreensível pelos adolescentes. Destacam ainda a necessidade de os adolescentes poderem recorrer aos serviços de saúde em horário livre (sem obrigatoriedade de marcação) e sem que lhes seja exigido o consentimento dos pais, sabendo que qualquer consulta permanece confidencial e certos de que não sofrerão discriminação (OMS, 2015b).

Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) em vigor desde 2013 vai ao encontro das orientações da OMS referidas, ao evidenciar que nas consultas de adolescentes a acessibilidade e a privacidade e confidencialidade são aspetos que devem ser tidos em atenção, bem como a necessidade de assegurar que os adolescentes devem poder ser atendidos a sós se assim o entenderem (DGS, 2013). No mesmo documento é afirmado que, na prestação de cuidados ao adolescente, “para além da acessibilidade facilitada e da flexibilidade no modelo do atendimento, a privacidade, a confidencialidade, o exercício do consentimento livre e esclarecido e a participação ativa dos próprios, constituem princípios que devem presidir a todas as iniciativas tomadas” (DGS, 2013, p. 114). O referido programa remete ainda para documentos de apoio onde são elencados estes e outros princípios a respeitar no atendimento ao adolescente, nomeadamente a necessidade de a competência técnica do profissional de saúde ser acompanhada de respeito e sensibilidade para compreender a realidade de cada adolescente e perceber a existência de problemas implícitos que possam não ser a causa principal do recurso ao serviço de saúde, mas que muitas vezes constituem o verdadeiro problema, o que deve obrigar a uma abordagem global, somática e psicossocial, realizada num espaço adequado ao adolescente, considerando a sua privacidade, autonomia e individualidade e por profissionais motivados e com formação adequada. A propósito do espaço destinado ao atendimento ao adolescente e de acordo com os referidos documentos, é recomendado um espaço físico próprio, de acesso facilitado, desburocratizado e com horário flexível (que tenha em atenção os horários escolares e que seja cumprido, de modo a evitar a demora no atendimento), que respeite a privacidade do adolescente. O atendimento ao adolescente deverá ser realizado por profissionais experientes em saúde do adolescente, com formação adequada ao nível do desenvolvimento somático, psicológico e social do mesmo, mas também sensíveis à importância do contexto de vida em que se insere e aos seus fatores de proteção individual e capazes de trabalhar em equipa multidisciplinar, em articulação com diversos serviços de saúde e/ou estruturas ligadas à saúde dos adolescentes, potenciando a qualidade dos cuidados prestados. Aspetos práticos do atendimento ao adolescente deverão igualmente ser valorizados, como a apresentação dos profissionais que irão prestar cuidados ao adolescente (com a identificação do profissional de saúde de referência, se existir), aferindo simultaneamente o nome pelo qual o adolescente prefere ser abordado; a explicação sobre a possibilidade de o adolescente poder ser atendido na presença dos pais ou na ausência destes e a garantia da confidencialidade no caso de escolher a primeira opção; a obtenção do consentimento informado perante os cuidados a prestar; a utilização de linguagem adequada à faixa etária e à capacidade de compreensão do adolescente, assegurando a apreensão da informação proporcionada, ainda que sem fazer uso da linguagem utilizada pelos adolescentes

entre si; a abstenção de juízos de valor e de desvalorização da situação que motivou o recurso ao serviço de saúde; a abordagem global no atendimento ao adolescente, com observação atenta, identificando dados relevantes da saúde do adolescente e família/pessoa significativa que possam indicar necessidades de cuidados não objetivamente identificadas no motivo de recurso ao serviço de saúde.

A confidencialidade no cuidado ao adolescente parece assumir um papel de relevo no afastamento ou aproximação do mesmo em relação aos serviços de saúde ou, quando a eles recorre, no fornecimento de informação verdadeira e/ou realmente importante relativamente à sua saúde, podendo condicionar os cuidados a prestar (Levine, 2009). Porém, se a privacidade, a confidencialidade, o consentimento informado e a participação dos adolescentes nas decisões relativas à sua saúde constituem aspetos fundamentais a salvaguardar durante a prestação de cuidados de saúde ao adolescente (DGS, 1998), por outro lado a legislação portuguesa e seus limites no que respeita aos direitos de saúde nesta faixa etária suscitam ainda muitas dúvidas entre os profissionais (Viveiro e Moleiro, 2012). Não obstante e idealmente, os profissionais de saúde devem ser capazes de perceber quando e como assegurar a confidencialidade dos cuidados e quais os seus limites, promovendo simultaneamente a comunicação entre pais e filhos e envolvendo os primeiros no cuidado ao adolescente (Levine, 2009). Quando qual tal não é possível, é importante que os profissionais de saúde tenham presente que, no caso dos adolescentes e de acordo com a Carta Europeia dos Direitos da Criança e do Adolescente relativamente à Pediatria Ambulatória (SPP, 2019), a confidencialidade deve ser mantida também em relação aos pais. Efetivamente, se por um lado os filhos devem obediência aos pais e estão sujeitos às suas responsabilidades até à maioridade ou emancipação, competindo “aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, (...) representá-los”, por outro lado os pais, “de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião (...) e reconhecer-lhes autonomia na organização da própria vida” (art.º 1877 e 1878 do Código Civil). Simultaneamente, o consentimento é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta (art.º 38 do Código Penal), o que significa que, verificadas estas premissas, o adolescente pode decidir sem o consentimento dos pais, mesmo que estes manifestem opinião contrária à sua. Ainda que os aspetos ético-legais subjacentes ao atendimento ao adolescente continuem a constituir um tema gerador de dúvidas durante a prestação de cuidados, a negação do direito à confidencialidade pode conduzir a questões de responsabilidade civil aos profissionais de saúde desconhecedores da lei, a que acresce o facto já referido de potenciar o afastamento dos adolescentes em relação aos serviços de saúde (Viveiro e Moleiro, 2012).

Em matéria de saúde dos adolescentes a OMS (2018) destaca a obrigação dos estados em reconhecer não só as necessidades, mas também os direitos especiais de saúde e desenvolvimento de adolescentes e jovens. Do mesmo modo, a Convenção sobre os Direitos da Criança (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 1990, p. 17) afirma que os estados devem garantir que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a “serviços de saúde eficazes”, que contribuam para que a mesma possa gozar do “melhor estado de saúde possível”.

Ao prestar “cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente” e destacar-se pelas competências técnicas e/ou relacionais no cuidado à mesma e sua família/pessoa significativa, o EEESIP desempenha um papel preponderante no atendimento ao adolescente, conduzindo a sua intervenção num vasto espaço de intervenção e visando a promoção da saúde, a prevenção da doença e/ou complicações, o bem-estar e o autocuidado (OE, 2011, p. 9-17). Desenvolvendo o seu trabalho em parceria com a criança e a sua família/pessoa significativa e mobilizando recursos de suporte a ambas, são diversas as suas áreas de atuação: avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, gestão do bem-estar da criança, deteção e encaminhamento precoces de situações capazes de afetar negativamente a vida ou qualidade de vida e, no caso particular do adolescente, promoção da sua autoestima e crescente responsabilização pela opções relativas à sua saúde (OE, 2018).

## 2. METODOLOGIA

Com o propósito de refletir (sobre) as competências de mestre e EEESIP construídas durante o curso e contextos clínicos de estágio inerentes ao percurso académico efetuado, o Relatório de Estágio pretende constituir uma ponte entre a teoria aprendida e a prática realizada/observada, integrando, assim, a Metodologia de Projeto (Ruivo *et al*, 2010). Baseando-se não só, mas também, numa investigação sustentada de determinado problema, com o propósito final de nele intervir, contribuindo para a sua resolução (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010), esta metodologia vai ao encontro do defendido por Fortin (1999), ao afirmar que os enfermeiros de todos os níveis de formação têm a responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem e na sua aplicação na prestação de cuidados. É, aliás, competência (comum) do enfermeiro especialista sustentar “a prática clínica em evidência científica”, identificando lacunas do conhecimento e oportunidades pertinentes de investigação e contribuindo para o desenvolvimento da prática clínica especializada (OE, 2019, p. 6).

### 2.1. ESTUDO DE CASO

Consistindo numa investigação aprofundada sobre um indivíduo, família, grupo ou organização, o estudo de caso é muitas vezes utilizado para efetuar a análise de um caso particular, permitindo explorar intensivamente um determinado fenómeno (Fortin, 1999) e, consequentemente, compreendê-lo com maior precisão. Partindo destas premissas, durante o estágio realizado no contexto da UC Estágio I, foi elaborado um estudo de caso com o título “Um adolescente com Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 – Estudo de Caso”, de modo a descrever e analisar a situação de saúde/doença de um adolescente e expor a atuação do EEESIP detentor do grau de mestre perante a mesma. Aprofundou-se assim o conhecimento sobre o que caracterizava aquele adolescente e o seu contexto de vida, bem como a compreensão do modo como estes aspetos e o controlo da sua DM se influenciam mutuamente. Partindo desta compreensão, foi possível perceber e estabelecer a intervenção do EEESIP detentor do grau de mestre na gestão do processo de saúde/doença do adolescente em questão e da sua família. O estudo realizado permitiu, então, ampliar a compreensão sobre a adolescência enquanto etapa do desenvolvimento com características específicas e em particular sobre a que é vivida num contexto de doença crónica. Simultaneamente, contribuiu para a perceção dos aspetos inerentes ao atendimento do adolescente e da importância da prestação de cuidados que englobem simultaneamente o adolescente e a sua família/pessoa significativa. Na realidade, a

realização do estudo de caso em questão constituiu o início da percepção da especificidade da adolescência e do atendimento ao adolescente, bem como o início da pesquisa bibliográfica sobre o tema. Por outro lado, contribuiu para a consciencialização da importância do meio envolvente no desenvolvimento do adolescente e, no caso específico de um adolescente com doença crónica, para a gestão da sua doença. Consolidou-se, assim, a opção pela adolescência como faixa etária a que predominantemente se pretendia dar atenção durante a realização do Relatório e Projeto de estágio, incidindo particularmente sobre a atuação perante o adolescente que, em situações especiais como na doença crónica, se pode estender para além do limite etário dos 18 anos “e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (OE, 2018, p. 1).

## 2.2. REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com Fortin (1999), o processo de investigação inicia-se pela procura de um domínio de investigação que se constitua como pertinente quer para o investigador, quer para a disciplina, podendo estar relacionado com preocupações clínicas ou comportamentos e observações, entre outros. A mesma autora defende que uma revisão inicial da literatura é fundamental para perceber o conhecimento atual e situar, assim, o problema sobre o qual se pretende trabalhar. Neste sentido e não obstante toda a pesquisa bibliográfica sobre o tema “Atitudes e comportamentos perante o adolescente” efetuada ao longo do percurso académico e de modo mais consistente durante a componente clínica do mesmo, foi elaborada, no contexto da UC Estágio Final, uma Revisão da Literatura intitulada “Utilização dos serviços de saúde por adolescentes previamente saudáveis – motivações e perspetivas” (cujo resumo se apresenta no Apêndice I). Depreendendo pela experiência profissional, pelo apreendido durante a componente teórica do percurso formativo e pela literatura consultada que a adolescência é um período predominantemente salutar, mas que envolve simultaneamente alguns riscos e que o adolescente tende a afastar-se dos serviços de saúde, considerou-se pertinente perceber a que serviços de saúde se dirigem os adolescentes (previamente saudáveis), quais as suas motivações e como os perspetivam, na medida em que só conhecendo os padrões de utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes e as suas preferências, será possível aumentar a sua satisfação e consequente utilização dos mesmos (Hoover *et al*, 2010). Compreendendo que a adolescência por si só seria um tema demasiado vago para constituir uma área de intervenção, a revisão da literatura efetuada contribuiu para limitar o domínio de intervenção, ao permitir

perceber que em muitas situações as atitudes perante os adolescentes são elas próprias as causas de afastamento dos mesmos em relação aos serviços de saúde. Como tal e focando apenas os adolescentes previamente saudáveis, permitiu restringir o tema subjacente ao Relatório e Projeto de estágio, contribuindo simultaneamente para a fundamentação do mesmo, ainda que dados locais fossem necessários para a justificação da sua pertinência no contexto da prática clínica realizada.

### 2.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Como tem vindo a ser demonstrado, ao longo do percurso académico realizado a adolescência foi ocupando um lugar de destaque como tema a conferir maior atenção durante os estágios a realizar e atividades a eles inerentes. Na realidade e tendo por base o enquadramento teórico anteriormente realizado, a adolescência é uma fase desafiante, não só para quem a vive, mas também para quem com ela convive ou quem durante ela tem de prestar cuidados. Efetivamente e mais uma vez indo ao encontro do anteriormente apresentado, o adolescente não é uma presença assídua nos serviços de saúde e, quando a eles recorre, fá-lo, de modo geral, de forma esguia, numa tentativa de que o contacto seja o mais rápido possível e sem necessidade de grandes diálogos. Do lado do profissional de saúde, o constrangimento ao prestar cuidados neste período da vida parece ainda existir, ao contrário do gosto em fazê-lo ou dos conhecimentos sobre alguém que já não é uma criança, mas também ainda não é um adulto, parecendo cair num vazio, sem que pertença a uma local específico e a ele realmente destinado. Tendo por base estes aspetos e porque o diagnóstico de situação pressupõe a definição do problema sobre o qual se pretende trabalhar, recolhendo informação, estabelecendo prioridades, identificando necessidades e percebendo os recursos necessários e/ou disponíveis (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010), desde o primeiro estágio foi sendo recolhida informação sobre as atitudes e comportamentos adotados perante o adolescente. Recorrendo à observação, entendida por Fortin (1999) como chave do conhecimento e elemento central do processo de investigação, a recolha de informação foi inicialmente direcionada simultaneamente aos pais e aos profissionais de saúde (Estágio I). Porém, facilmente se percebeu que tal recolha de informação conduziria à formulação de um problema vago e muito abrangente, difícil de objetivar. Como tal, nos estágios seguintes (Estágio Final), a observação foi direcionada especificamente para as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde durante a prestação de cuidados ao adolescente, permitindo perceber que nem sempre as atitudes e

comportamentos perante o mesmo se coadunam com um entendimento adequado da adolescência e dos pressupostos a observar durante a prestação de cuidados nesta faixa etária. Compreendo que tais atitudes contribuem para o condicionamento da utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes, de acordo com o enquadramento teórico anteriormente exposto, no último estágio realizado (Estágio Final – Módulo C), à observação até então efetuada acrescentou-se a avaliação da utilização do serviço de saúde pelos adolescentes, através da obtenção dos dados relativos ao número de consultas por eles realizadas (por motivo de doença/vigilância) durante o ano de 2018, após obtenção de autorização da Comissão de Ética para a Saúde do referido serviço (Anexo I).

O PNSIJ preconiza a realização de pelo menos três consultas de vigilância durante a adolescência – aos 10 anos, entre os 12 e os 13 anos e entre os 15 e os 18 anos (DGS, 2013). Assim, pretendia-se avaliar o número de consultas de vigilância realizadas nestas coortes de adolescentes, de modo a que pudessem ser comparadas com o número de consultas por motivo de doença realizadas nas mesmas idades, com o propósito de perceber se a realidade do Centro de Saúde em causa seria similar à descrita na literatura, ou seja, se os adolescentes recorrem ao serviço de saúde sobretudo por motivo de doença e não tanto por vigilância. Porém, o Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários (SINUS)/Registo Nacional de Utentes (RNU) apenas permite obter dados estatísticos relativos ao número de consultas médicas realizadas em três coortes durante toda a infância – primeiros dois anos de vida, entre os 2 e os 13 anos e entre os 14 e os 18 anos. Apesar de os dados passíveis de obtenção através do SINUS/RNU não serem exatamente os pretendidos, permitem responder ao fim a que se destinam, na medida em que as coortes avaliadas não correspondem às idades-chave para vigilância preconizadas no PNSIJ, mas englobam-nas. Assim e não existindo outra forma de obter as informações necessárias para o diagnóstico da situação, foram considerados os dados existentes, representados na tabela 1.



Tabela 1 - Consultas de vigilância *versus* consultas por doença realizadas na infância e adolescência

	< 2 anos	2 - 13 anos	14 - 18 anos	
Número de utentes	279	1763	761	
Consultas de vigilância	1067	766	91	
Consultas por doença	367	1574	563	

Fonte: SINUS/RNU

A interpretação dos dados obtidos e apresentados permite perceber que, à semelhança do que é descrito na literatura, a realização de consultas de vigilância vai diminuindo ao longo da infância. É certo que nos primeiros dois anos de vida o número de consultas preconizado no PNSIJ é maior e, portanto, este número seria naturalmente superior, em números absolutos, ao das outras duas coortes avaliadas. Contudo, os dados mostram que entre os 2 e os 13 anos menos de metade das crianças teve pelo menos uma consulta de vigilância, sendo que a maioria recorreu ao serviço por motivo de doença. Já na coorte seguinte, entre os 14 e os 18 anos, apenas 12% dos adolescentes terão realizado consultas de vigilância, sendo que mais de metade dos mesmos adolescentes recorreu ao serviço em situação de doença.

Os dados apresentados referem-se apenas às consultas realizadas pela equipa médica, não existindo dados disponíveis sobre o número de consultas de enfermagem. Contudo, os dados sobre o número de consultas de vigilância realizadas pela equipa de enfermagem podem ser inferidos a partir dos apresentados, na medida em que as equipas médica e de enfermagem realizam as consultas de vigilância em simultâneo, ou seja, quando a criança se desloca ao serviço para vigilância é atendida pela equipa de enfermagem e pelo médico de família. O mesmo não se verifica, porém, nas consultas por motivo de doença, regra geral apenas realizadas pela equipa médica, o que significa que um número significativo de adolescentes é alvo sobretudo de cuidados médicos, prestados em situação de doença e não de cuidados de enfermagem.

Quando apresentados à equipa (multidisciplinar – assistentes técnicos, enfermeiros e médicos), os dados em análise foram ao encontro do que a mesma esperava, uma vez que é essa a perceção que têm na sua realidade quotidiana – é comum ver as crianças pequenas no Centro de Saúde em consultas de vigilância (médica e de enfermagem, mas muitas vezes apenas

de enfermagem), mas é pouco vulgar encontrar adolescentes com o mesmo propósito (dirigem-se sobretudo ao médico de família, por doença aguda, pois a doença crónica é, na maioria dos casos, alvo de seguimento a nível hospitalar e não tanto nos Cuidados de Saúde Primários). Quando indagados sobre as possíveis causas de tais dados, os mesmos profissionais apontaram sobretudo o facto de os adolescentes não sentirem necessidade de pedir ajuda ou fazer a vigilância da sua saúde, mas referiram também (sobretudo os profissionais de enfermagem) que os adolescentes não se sentem à vontade para recorrer aos serviços de saúde, nomeadamente por sentirem que não se enquadram nas características do mesmo (muito direccionado para as crianças pequenas ou para os adultos, mas não especificamente para o adolescente) e por recearem que a confidencialidade não seja mantida (nomeadamente em relação aos pais). Alguns profissionais consideram ainda que muitos adolescentes não conhecem o funcionamento do serviço, sobretudo no que respeita ao horário (alargado – 8/20h) ou à forma de contacto com o mesmo - não sabem se podem recorrer ao serviço sozinhos ou se têm que se fazer acompanhar sempre pelos pais/pessoas significativas, não conhecem alternativas à habitual marcação de consulta médica presencialmente ou por telefone (desconhecem a possibilidade de se dirigir apenas à equipa de enfermagem e/ou de contactar o serviço por email, por exemplo). Outros profissionais mostraram, eles próprios, desconhecimento sobre alguns destes aspetos, particularmente no que se refere à importância de manter a confidencialidade no cuidado ao adolescente e à idade legal a partir da qual o adolescente pode recorrer ao serviço de saúde sem a presença dos pais/pessoa significativa e prestar o seu consentimento de modo autónomo.

Quer os dados estatísticos obtidos, quer a apresentação e discussão dos mesmos em equipa, permite, similarmente à literatura consultada, perceber uma realidade de fraca utilização do serviço de saúde pelos adolescentes, nomeadamente no que respeita a consultas de vigilância, possivelmente por não encontrarem um serviço de saúde que vá ao encontro das suas expectativas e necessidades e, simultaneamente, por não disporem de um conhecimento adequado sobre os serviços de saúde disponíveis.

## 2.4. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Uma vez percebido o domínio da investigação e de modo a indicar claramente o que se pretende concretizar, é imprescindível definir objetivos (Fortin, 1999), na medida que serão

estes a nortear as ações a realizar. Assim e compreendendo que tais objetivos devem ser claros, realizáveis, mensuráveis e definidos fazendo uso de uma linguagem também ela clara e simultaneamente precisa e concisa (Gouveia, s.d.), delinearam-se os objetivos enunciados de seguida.

#### 2.4.1. Objetivo geral

Fomentar a utilização dos serviços de saúde, nomeadamente de consultas de vigilância, por parte dos adolescentes residentes na área de abrangência do Centro de Saúde.

#### 2.4.2. Objetivos específicos

Sensibilizar os profissionais de saúde do Centro de Saúde para as características da adolescência e do(a) adolescente.

Estimular o conhecimento e cumprimento dos princípios orientadores da prestação de cuidados de saúde ao adolescente, por parte dos profissionais de saúde do Centro de Saúde.

Potenciar o conhecimento dos adolescentes residentes na área de abrangência do Centro de Saúde sobre os serviços de saúde existentes (características e acessibilidade).

### 2.5. PLANEAMENTO

De modo a organizar o trabalho a desenvolver e delimitar temporalmente as atividades a realizar elaborou-se um cronograma (Apêndice II) e delinearam-se as estratégias a utilizar e as atividades a desenvolver, com o propósito final de atingir os objetivos previamente estabelecidos.

Assim, definiram-se como estratégias a observação das atitudes dos pais/pessoa significativa perante o adolescente durante a utilização dos serviços de saúde – Estágio I; a observação da atitude dos profissionais de saúde perante o adolescente durante a prestação de cuidados – Estágio I e Estágio Final; o diálogo com a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira Chefe do Centro de Saúde, de modo a auscultar a perceção de ambas sobre a utilização do serviço de saúde, nomeadamente das consultas de vigilância, por parte dos adolescentes – Estágio Final (Módulo C); a revisão bibliográfica e Revisão da Literatura sobre a utilização dos

serviços de saúde pelos adolescentes; o desenvolvimento de atividades de (in)formação no seio da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde - Estágio Final (Módulo C); a elaboração de material informativo dirigido aos adolescentes frequentadores do Centro de Saúde - Estágio Final (Módulo C).

Planeou-se igualmente o desenvolvimento de atividades no contexto do Estágio Final (Módulo C), nomeadamente a realização de um momento de atualização/partilha de conhecimentos no seio da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde; a construção de um guião para utilização na consulta de vigilância dos 10 anos e dos 15/18 anos, de acordo com o PNSIJ (na consulta de vigilância dos 12/13 anos é preenchida a Ficha de Ligação Escolar, já existente no Centro de Saúde, elaborada pela equipa de enfermagem do mesmo); a elaboração de um folheto destinado aos adolescentes, a ser distribuído em articulação com a Equipa de Saúde Escolar do Centro de Saúde, com informações sobre os serviços de saúde disponíveis e respetiva acessibilidade.

## 2.6. EXECUÇÃO

Uma vez delineadas as estratégias a utilizar e planeadas as atividades a desenvolver é chegado o momento de colocar em prática o planeamento efetuado, materializando a realização do projeto (Ruivo *et al*, 2010).

No dia 10 de janeiro de 2019 foi conduzido um momento de atualização/partilha de conhecimentos no seio da equipa multidisciplinar (Apêndice III), de modo a sensibilizar os profissionais de saúde do Centro de Saúde para as características da adolescência e do(a) adolescente e estimular o conhecimento e cumprimento dos princípios orientadores da prestação de cuidados de saúde nesta faixa etária. Estiveram presentes elementos da equipa de assistentes técnicos, de enfermagem e médica, sendo a equipa de enfermagem a que participou com um maior número de profissionais. De um modo geral, os intervenientes consideraram os conteúdos abordados bastante satisfatórios, assim como a metodologia utilizada, tendo, de um modo global, afirmado que os conhecimentos adquiridos serão bastante úteis no seu desempenho profissional.

Na mesma sessão foi apresentado aos profissionais um guião para utilização (pela equipa médica e/ou de enfermagem) nas consultas de vigilância dos 10 e 15/18 anos (Apêndice IV), onde figuram os princípios que devem nortear a atuação dos profissionais de saúde durante as mesmas. A consulta de vigilância dos 12/13 anos, ao constituir um Exame Global de Saúde (DGS, 2013), pressupõe, no Centro de Saúde em questão, o preenchimento da Ficha de Ligação Escolar, que se assume como um documento de partilha de informação entre os profissionais de saúde que fazem a vigilância da saúde infantil e a Equipa de Saúde Escolar, servindo ela própria como guião da consulta. A utilização do guião elaborado e da Ficha de Ligação Escolar já existente contribui para a realização das consultas de vigilância de acordo com o que é preconizado no PNSIJ e, portanto, para o cumprimento dos princípios orientadores da prestação de cuidados de saúde ao adolescente.

Pretendendo dar a conhecer aos adolescentes residentes na área de abrangência do Centro de Saúde os serviços de saúde disponíveis e respetiva acessibilidade, foi elaborado um folheto (Apêndice V), a ser distribuído em articulação com a Equipa de Saúde Escolar.

## 2.7. AVALIAÇÃO

Como afirmam Pereira e Rito (2013, p. 2), “a avaliação é uma realidade indissociável dos processos formativos e do desenvolvimento de competências em contextos de prática clínica”, constituindo, durante a realização de um projeto, um momento onde se questiona o trabalho desenvolvido (Ruivo *et al*, 2010) e se analisa a consecução dos objetivos inicialmente propostos.

Num contexto de ensino/aprendizagem e desenvolvimento de competências como aquele que se constitui durante a realização de um estágio, a utilização da análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) como método de avaliação permite “focar a síntese dos cenários” e, conseqüentemente, apontar os pontos fortes e fracos, as oportunidades e as ameaças, numa apreciação conjunta de fatores internos e externos (Pereira & Rito, 2013, p. 2). Contribui, portanto, para uma reflexão crítica sobre o percurso efetuado e, como tal, representa o método selecionado para proceder à avaliação percurso formativo plasmado neste relatório, a ser apresentada no capítulo seguinte.

Dado o período temporal em que decorre a prática clínica inerente aos vários contextos de estágio, não é possível proceder à avaliação dos resultados do presente projeto de modo a que possa ser incluída neste relatório. Assim, seria útil, no final do ano de 2019, obter novamente,

através do SINUS/RNU, os dados estatísticos relativos à frequência das consultas de vigilância e por doença nas coortes anteriormente avaliadas, nomeadamente dos 2 aos 13 anos e dos 14 aos 18 anos, realizadas durante o mesmo ano no Centro de Saúde em questão. Assim seria possível avaliar o impacto das estratégias adotadas e atividades realizadas durante o projeto desenvolvido. Não obstante a avaliação sugerida, importa mencionar que ao longo do percurso efetuado na consecução do referido projeto, foi possível perceber que as informações partilhadas com os profissionais de saúde conduziram de imediato a algumas mudanças na prestação de cuidados, nomeadamente no que concerne ao respeito pela privacidade e autodeterminação do adolescente e à confidencialidade dos cuidados prestados. Por outro lado, a Equipa de Saúde Escolar realçou desde logo a importância da elaboração do folheto a distribuir pelos adolescentes (Apêndice V), na medida em que veio dar resposta a uma necessidade já sentida pela própria equipa aquando do trabalho desenvolvido nas escolas da área de abrangência do Centro de Saúde, nomeadamente no que respeita à indicação das formas de contacto possíveis com o mesmo (sobretudo a possibilidade de contacto via email) e dos profissionais a quem se podem dirigir e o respetivo contacto profissional específico e confidencial.

### 3. REFLEXÃO CRÍTICA

O presente relatório constitui o reflexo do percurso académico até aqui realizado, na medida em que, pretendendo narrar o caminho percorrido durante a componente clínica do mesmo, pressupõe simultaneamente a integração dos conhecimentos apreendidos durante a componente teórica. Na realidade, só o cruzamento destas duas componentes possibilita a aquisição da especialização de natureza profissional subjacente ao grau de mestre e, consequentemente, de “um nível aprofundado de conhecimento científico de natureza teórica e prática (...) dirigido à compreensão e resolução de problemas em situações novas e em contextos alargados e multidisciplinares”, correspondente a uma sólida formação profissional e à capacidade de aprendizagem ao longo da vida (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, 2017, p. 4). É este conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem que caracteriza o enfermeiro especialista, atendendo às respostas do ser humano aos processos de vida e aos problemas de saúde e sendo capaz de atuar mediante elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2019). Integrar os conhecimentos e competências adquiridas durante o percurso efetuado permitirá ao futuro EEESIP Mestre em Enfermagem não só prestar cuidados de saúde especializados à criança e sua família enquanto binómio beneficiário dos seus cuidados, de acordo com o seu modelo conceptual (OE, 2018), como também contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde, ao recorrer à investigação e à prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos, liderando equipas e projetos de melhoria contínua dos cuidados e participando na supervisão e gestão dos mesmos. Assim, contribuirá simultaneamente para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada e irá ao encontro daqueles que são os objetivos do Mestrado em Enfermagem e concomitantemente das competências (comuns) do enfermeiro especialista.

A aquisição dos conhecimentos e competências aludidos foi concretizada ao longo dos três semestres que compõe o Mestrado em Enfermagem, mas a componente prática do mesmo representou, sem dúvida, uma etapa preponderante. Efetivamente, foi a realização das UC Estágio I e Estágio Final que possibilitou o contacto com a prática especializada do EEESIP e, portanto, a perceção do modo como os conhecimentos apreendidos se aplicam na prestação de cuidados e de como as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESIP se traduzem na prática clínica especializada.

O cuidado à criança/jovem e sua família/pessoa significativa em situações de especial complexidade foi uma das competências específicas do EEESIP que primariamente foi percebida durante a prática clínica vivenciada. Tendo o Estágio I decorrido numa Consulta Externa sobretudo direcionada para a gestão da DM tipo I na infância, tornou-se evidente a importância do EEESIP na promoção da adaptação da criança/jovem e sua família/pessoa significativa à doença crônica. Efetivamente, no contexto em questão, o EEESIP tem um papel preponderante na equipa multidisciplinar, ao constituir o elemento de ligação entre os vários elementos da mesma, mas também o elemento de referência para a criança/jovem e a sua família/pessoa significativa, baseando a sua prática especializada em padrões de conhecimento sólidos e permanentemente atualizados. Considerando a natural dependência da criança, mas valorizando a sua progressiva autonomização e utilizando estratégias motivadoras da criança/jovem e sua família/pessoa significativa, o EEESIP representa o elemento predominantemente responsável, dadas as suas competências especializadas, pela implementação e gestão do plano de saúde promotor de gestão do regime terapêutico na criança/ jovem, proporcionando-lhe (e à sua família/pessoa significativa) o conhecimento e aprendizagem de habilidades necessárias ao desenvolvimento de competências para a gestão do seu processo individual de saúde/doença. A inclusão da família/pessoa significativa na prestação de cuidados assume uma importância fulcral, como elemento base da prestação de cuidados especializados, na medida em que o EEESIP “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre” (OE, 2018). Não obstante esta parceria, o EEESIP, ao prestar “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p. 1), tem também como competência específica o respeito pela autodeterminação do adolescente nas escolhas relativas à sua saúde, reforçando a sua tomada de decisão responsável, aspeto particularmente observado no contexto de estágio em análise, nomeadamente através da realização de consultas de enfermagem com o adolescente e os seus pais/pessoa significativa, mas também na ausência dos mesmos sempre que o adolescente assim o pretende, o que constitui simultaneamente um garante do respeito pela privacidade e confidencialidade na prestação de cuidados ao adolescente, que se assumem como pedras basilares da mesma. Sendo conhecedor da importância que o contexto em que a criança/jovem se insere assume no seu desenvolvimento e assistindo a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde, o EEESIP assume um papel de relevo na comunicação com os estabelecimentos de ensino, intervindo em programas no âmbito da saúde escolar e apoiando a inclusão da criança/jovem com DM tipo I enquanto portadora de Necessidades de Saúde Especiais (NSE).



Uma vez iniciada a percepção do papel e importância do EEESIP na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e sua família/pessoa significativa, os Módulos A e B do Estágio Final, ao decorrerem em Unidades de Cuidados Diferenciados, possibilitaram sobretudo o desenvolvimento de competências específicas do EEESIP associadas à intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, bem como as que se associam ao cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, nomeadamente o reconhecimento e prestação de cuidados em situações de instabilidade das funções vitais e a gestão diferenciada da dor e do bem estar da criança/jovem, otimizando as respostas. Direcionando a prestação de cuidados preferencialmente para o adolescente (pelo que tem vindo a ser exposto ao longo do presente relatório), percebeu-se que nem sempre os princípios orientadores da prestação de cuidados ao adolescente são atendidos. Na realidade, ainda que alguns serviços tenham as condições físicas que permitem respeitar a privacidade do adolescente, são os próprios profissionais que não o fazem, quer em relação aos pais, quer em relação a outros adolescentes presentes na mesma unidade. Outros serviços há que não estão ainda completamente adaptados e em que, sobretudo em situações de maior afluência, não há possibilidade de manter o adolescente num local individualizado, a ele especificamente direcionado. Outro aspeto relevante sentido durante a prática clínica é o facto de a adolescência continuar a ser a etapa do desenvolvimento durante a qual os profissionais de saúde “menos gostam” de prestar cuidados - embora o façam com todo o empenho e fazendo uso das suas competências especializadas, referem muitas vezes o desafio inerente ao atendimento ao adolescente, pelas suas características de irreverência e comportamentos de risco adotados que os conduz a situações de perigo, na maioria das situações evitáveis e, portanto, difíceis de compreender. Efetivamente, em contexto de internamento os motivos mais frequentes de permanência dos adolescentes no serviço relacionavam-se com traumas (quedas de moto, prática desportiva) e descompensação da DM tipo I, embora fatores como a depressão assumissem também um papel importante, o que se coaduna com a literatura existente. Em contexto de urgência os motivos mais comuns de recurso ao serviço na adolescência eram similares, relacionados em muitas situações com quedas e acidentes pessoais e desportivos, constituindo os distúrbios mentais e do comportamento (intoxicações medicamentosas, tentativas de suicídio, embriaguez) situações com as quais os profissionais de saúde têm particular dificuldade em lidar. São, de facto, situações difíceis de gerir para os vários intervenientes, não só o adolescente, mas também a sua família/pessoa significativa e os profissionais de saúde, em particular o EEESIP que, suportando a sua decisão em princípios, valores e normas éticas e deontológicas, presta cuidados promotores dos direitos do adolescente e mobiliza recursos para cuidar do adolescente e sua família/pessoa significativa,

fazendo a gestão diferenciada do seu bem-estar e otimizando as respostas proporcionadas. Particularmente nestes cenários de prestação de cuidados, o EEESIP assume um papel preponderante na gestão de forma apropriada, com base nas suas competências (comuns) de enfermeiro especialista, das práticas de comprometam a segurança, privacidade e dignidade do adolescente – competência, aliás, pertinente em toda a prestação de cuidados, mas sobretudo em situações de especial vulnerabilidade da criança/ jovem e, neste caso particular, do adolescente.

A prática clínica desenvolvida em contexto de Cuidados de Saúde Primários possibilitou sobretudo a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/ jovem e sua família/pessoa significativa, constituindo como que uma integração final de todos os conhecimentos apreendidos, competências adquiridas e experiências vivenciadas. Continuando a priorizar o contacto com o adolescente e sua família/pessoa significativa, o Módulo C do Estágio Final foi o contexto onde se concretizou o projeto de estágio referenciado ao longo do presente relatório, contribuindo para o desenvolvimento de competências (comuns) do EEESIP no domínio da melhoria contínua da qualidade das aprendizagens profissionais.

Refletindo numa perspetiva global sobre as competências desenvolvidas durante os vários estágios realizados e individualmente em cada uma delas, percebe-se que em todos eles foi possível desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESIP Mestre em Enfermagem. Não obstante, cada estágio, dadas as suas especificidades, permitiu desenvolver determinadas competências em particular, o que é evidenciado na tabela 2.

Tabela 2 - EEESIP Mestre em Enfermagem: estágios e aquisição de competências

Estágio I	Estágio Final – Módulos A e B	Estágio Final – Módulo C
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidando da criança/jovem e sua família/pessoa significativa em situações de especial complexidade - promoção da adaptação das mesmas à doença crónica.</li> <li>• Assistindo a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde - implementação e gestão do plano de saúde promotor de gestão do regime terapêutico da criança/ jovem - intervenção em programas no âmbito da Saúde Escolar e apoio na inclusão da criança/jovem com DM tipo I enquanto portadora de NSE.</li> <li>• Prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem - respeito pela autodeterminação do adolescente nas escolhas relativas à sua saúde, reforçando a sua tomada de decisão responsável.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistindo a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde - intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem + implementação e gestão do plano de saúde promotor de gestão do regime terapêutico da criança/ jovem.</li> <li>• Cuidando da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade - reconhecimento e prestação de cuidados em situações de instabilidade das funções vitais e a gestão diferenciada da dor e do bem estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</li> <li>• Prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem - promoção da vinculação, nomeadamente perante o RN com necessidades especiais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem - promoção do crescimento e desenvolvimento infantil + promoção da vinculação + promoção da autodeterminação do adolescente nas escolhas relativas à sua saúde.</li> <li>• Assistindo a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde - diagnóstico precoce de doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</li> <li>• Cuidando da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade - reconhecimento e prestação de cuidados em situações de instabilidade das funções vitais.</li> </ul>

Orientando a reflexão no sentido do cuidado ao adolescente e das atitudes e comportamentos perante a adolescência, percorrer a trajetória explanada no presente relatório permitiu perceber que esta é uma área onde, apesar de existirem orientações desde há décadas e de o conhecimento sobre a adolescência ter sofrido grandes avanços, a prática clínica ainda não reflete, no seu global, tais orientações e conhecimentos. Na realidade e indo ao encontro da literatura existente, muitas são ainda as lacunas no atendimento ao adolescente, que parece perdido num SNS direcionado para a criança e o adulto, deixando um vazio no período correspondente a esta etapa do desenvolvimento. Os serviços nem sempre dispõem de locais específicos para o atendimento ao adolescente, nem os profissionais possuem conhecimento ou adotam posturas adequadas ao atendimento nesta faixa etária. Numa etapa em que a criança se transforma gradualmente num adulto, mas ainda não o é, também as próprias famílias carecem de informação que lhes permita participar ativamente neste período da vida do adolescente, de modo presente e apoiando o seu crescimento e desenvolvimento, mas simultaneamente respeitando a sua individualidade e autonomia. Importa, pois, criar estratégias que promovam a disseminação da investigação desenvolvida neste domínio, de modo a potenciar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, desígnio que se enquadra nas competências do EEESIP Mestre em Enfermagem e justifica o percurso efetuado e o projeto de estágio desenvolvido, conduzindo à realização do presente relatório, ele próprio entendido como ferramenta de comunicação do trabalho desenvolvido e conclusões atingidas.

Realizando uma análise retrospectiva do percurso efetuado e recorrendo à metodologia SWOT representada na figura 1, compreende-se que foi um caminho marcado por algumas dificuldades, sobretudo de âmbito pessoal, mas também por muitas oportunidades de aprendizagem e de aquisição de competências, traduzido num período de imenso crescimento pessoal e profissional. A motivação para a realização do percurso académico, a resiliência e a capacidade de organização constituíram-se, indubitavelmente, como forças impulsionadoras, mesmo quando o cansaço e a dificuldade de conciliação dos vários papéis vividos no quotidiano pareciam assumir-se como obstáculos inultrapassáveis. Do ponto de vista organizacional, o apoio da equipa docente e dos EEESIP orientadores nos locais de estágio representaram oportunidades determinantes na consecução dos objetivos do Mestrado em Enfermagem, permitindo ultrapassar pequenas adversidades relacionadas sobretudo com a organização implícita à realização de um mestrado profissionalizante e não em exclusivo de uma especialidade em enfermagem.

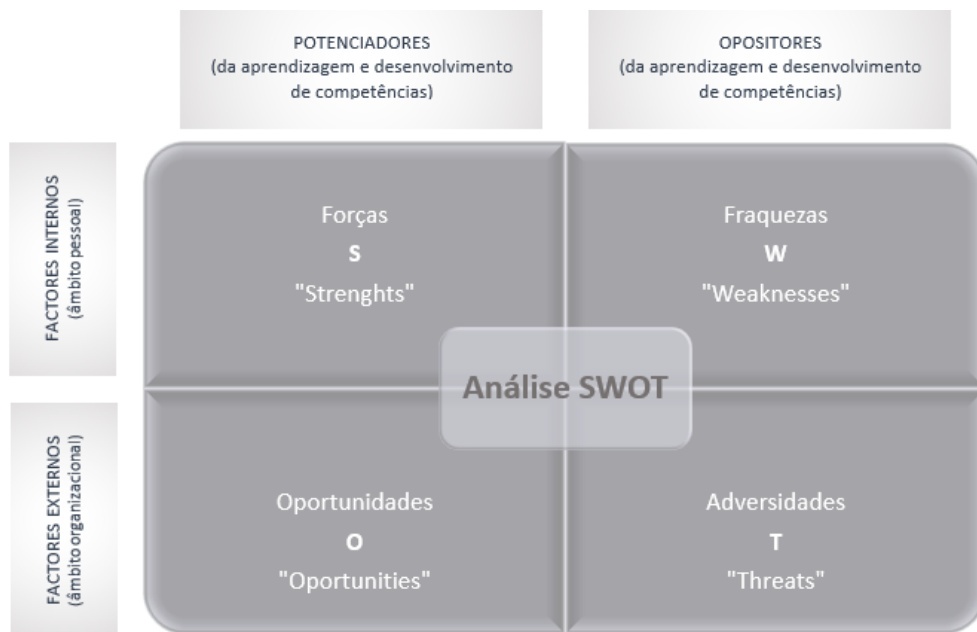


Figura 1 - Modelo de análise SWOT (adaptado de Pereira e Rito, 2013)

## CONCLUSÃO

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento marcada por grandes transformações, de ordem física, psíquica, social e emocional, conduzindo o adolescente a um novo lugar no mundo, no seu e no dos que o rodeiam. Em consequência destas profundas e diversas mudanças, compreender o adolescente nem sempre é uma tarefa fácil, nem para o próprio nem para aqueles que com ele convivem ou lhe prestam cuidados. Consequentemente, as atitudes adotadas perante este indivíduo que já não é uma criança, mas também ainda não é um adulto, nem sempre são as mais adequadas. No que respeita à prestação de cuidados nesta faixa etária, aspetos fulcrais como a privacidade, confidencialidade e autonomia do adolescente nem sempre são respeitados.

Aos aspetos supramencionados acresce o facto de o adolescente ser um indivíduo predominantemente saudável, que se sente como tal, conduzindo, em grande parte dos casos, ao recurso aos serviços de saúde apenas em situações estritamente necessárias. Estas situações são muitas vezes já denunciadoras de situações que deveriam ter motivado um contacto mais precoce com os serviços de saúde, nomeadamente em contexto de vigilância, na medida em que a adolescência acarreta muitas vezes situações de risco potenciadas por comportamentos desviantes, mas providos de significado para o adolescente e que, portanto, deveriam ser alvo de uma intervenção preventiva.

Atuar junto dos profissionais de saúde disseminando os dados da investigação existente no domínio da adolescência e as orientações para o atendimento ao adolescente, assume-se assim como uma intervenção de particular importância e um domínio de atuação privilegiado do EEESIP Mestre em Enfermagem, como dinamizador da melhoria dos cuidados de saúde a prestar ao adolescente e da evolução da disciplina e da prática especializada.

Simultaneamente, assegurando que o ambiente de prestação de cuidados se adequa ao adolescente e à sua família/pessoa significativa, é necessário potenciar o fornecimento de informação aos adolescentes sobre os serviços de saúde existentes, nomeadamente no que respeita ao seu funcionamento e acessibilidade, que devem assumir novas formas, mais adequadas às características do adolescente e à sua forma de comunicação. O EEESIP assume aqui também um papel preponderante, no desempenho das suas competências especializadas de utilização de estratégias de comunicação com o adolescente e sua família/pessoa significativa, promovendo a autodeterminação do primeiro nas escolhas relativas à sua saúde.

A elaboração do presente Relatório de Estágio e a reflexão sobre a prática clínica vivenciada a ele inerente permitiu perceber que, não obstante os avanços realizados, há ainda um grande caminho a percorrer no que respeita à prestação de cuidados durante a adolescência, que parece constituir o “parente pobre” do SNS. Incidir de modo mais consistente sobre as características desta etapa do desenvolvimento durante os percursos académicos poderia ser o ponto de partida para uma prática clínica melhor fundamentada na literatura e evidência científica existentes e, consequentemente, mais respeitadora dos princípios da prestação de cuidados nesta faixa etária. De notar, porém, que os estudos de natureza científica existentes sobre a utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes portugueses e as suas motivações e/ou perspetivas são escassos, o que torna mais difícil a consecução de práticas “amigas dos adolescentes” no nosso país, na medida em que só conhecendo a nossa realidade é possível contribuir ativamente para a diminuição do afastamento entre os adolescentes e os serviços de saúde. Ainda assim, o percurso realizado tem vindo a contribuir para a melhoria da prestação de cuidados a nível local e, futuramente, pretende-se difundir a informação apreendida (e o projeto realizado) durante o mesmo pelos restantes elementos na equipa, de modo a que no seu global todos os seus elementos possam prestar cuidados de modo mais informado e respeitador dos princípios da prestação de cuidados durante a adolescência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). *Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo (2000-2013) Reedição, revista e adaptada*. Disponível em: [http://apsi.org.pt/images/Documentos/EstudodasQuedas20002013\\_Resumo.pdf](http://apsi.org.pt/images/Documentos/EstudodasQuedas20002013_Resumo.pdf)

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2015). *Acidentes rodoviários com crianças e jovens (0 - 17 anos) Evolução nos últimos 16 anos (1998-2013) Principais resultados*. Disponível em: [http://apsi.org.pt/images/Documentos/Evoluocidentesrodovirioscrianas\\_19982013.pdf](http://apsi.org.pt/images/Documentos/Evoluocidentesrodovirioscrianas_19982013.pdf)

Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (2017). *Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem*. Disponível em: [https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/\(id\)/4180/\(basenode\)/746](https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/(id)/4180/(basenode)/746)

Barreto, M.; Silva, A.; Nortean, E.; Marcon, S. (2012). Conviver com diabetes mellitus sob a ótica de adolescentes e jovens e suas mães. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 4 (4), 3080-3093.

Carvalho, J.; Sá, A.; Preto, C.; Ferreira, N.; Gaspar, E. (2013). Os Adolescentes na Consulta e no Internamento. *Boletim Adolescentes e Adolescência*, p. 4-10. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Seccao\\_Medicina\\_Adolescente/Boletim\\_SPMA\\_Dez\\_2013.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Seccao_Medicina_Adolescente/Boletim_SPMA_Dez_2013.pdf)

Código Civil Decreto-Lei n.º 47344 (2017). Diário do Governo n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/106487514/201703312058/73408676/diploma/indice/28>

Código Penal Decreto-Lei n.º 48/95 (2017). Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107981223/201708230200/73473887/diploma/indice>

Decreto-Lei n.º 63/2016 (2016). Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/75319452/details/normal?q=Decreto-Lei+n.%C2%BA%2063%2F2016+>

Direção-Geral de Saúde (1998). *Saúde dos Adolescentes: Princípios Orientadores*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019051.pdf>

Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Fonseca, H. (2008). *Compreender os Adolescentes Um Desafio para Pais e Educadores*. Lisboa: Editorial Presença.

Fonseca, H.; Pereira, C.; Mendes, L.; Valente, S.; Figueira, J. (2004). A Consulta de Adolescentes de um Hospital Central Universitário: Análise Casuística dos Últimos Cinco Anos (1998-2002). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35(2), 109-113.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Giedd, J.; Rapoport, J. (2010). Structural MRI of Pediatric Brain Development: What Have We Learned and Where Are We Going? *Neuron*, p. 728-734. Disponível em: [https://www.cell.com/neuron/fulltext/S0896-6273\(10\)00683-5?\\_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0896627310006835%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/neuron/fulltext/S0896-6273(10)00683-5?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0896627310006835%3Fshowall%3Dtrue)

Hoover *et al* (2010). Utilization of health services in physician offices and outpatient clinics by adolescents and young women in the United States: Implications for improving access to reproductive health services. *Journal of adolescent health*. 46(2010), 324-330.

Levine, S. (2009). Adolescent Consent and Confidentiality. *Pediatrics in Review*, p. 457-458. Disponível em: <http://pedsinreview.aappublications.org>

Lissauer, T.; Clayden, G. (2009). *Manual Ilustrado de Pediatria*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.

Martins, C.; Leiderfarb, L; Rosa, S. (2018, 19 de dezembro). Os adolescentes portugueses vivem numa bolha de felicidade que pode rebentar. Expresso. Disponível em: <https://expresso.pt/sociedade/2018-12-19-Os-adolescentes-portugueses-vivem-numa-bolha-de-felicidade.-Que-pode-rebentar#gs.ftgvm8>



Matos, M.; Equipa Aventura Social (2018). *A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão. Relatório do estudo HBSC em 2018*. Disponível em: [http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao\\_1545534554.pdf](http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP\\_Regulamento\\_PQC EE%20\\_SaudeCriancaJovem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQC EE%20_SaudeCriancaJovem.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10561/programa\\_formativo\\_eesip\\_rev32-vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10561/programa_formativo_eesip_rev32-vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/regulamento-das-competencias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-competencias-especificas-das-especialidades-em-enfermagem/>

Organização das Nações Unidas (2014). *Adolescentes e jovens são 28% da população mundial; ONU pede mais investimentos*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/adolescentes-e-jovens-sao-28-da-populacao-mundial-onu-pede-mais-investimentos/>

Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services — An Agenda for Change*. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO\\_FCH\\_CAH\\_02.14.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1)

Organização Mundial de Saúde (2014). *Accelerating action for the health of the world's adolescents*. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section10/page4/the-challenge-action-now.html>

Organização Mundial de Saúde (2015a). *Global standards for quality health-care services for adolescents*. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183935/9789241549332\\_vol1\\_eng.pdf;jsessionid=5EE668FE0B7BD3083B28E0BD871E1183?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183935/9789241549332_vol1_eng.pdf;jsessionid=5EE668FE0B7BD3083B28E0BD871E1183?sequence=1)

Organização Mundial de Saúde (2015b). *WHO/UNAIDS launch new standards to improve adolescent care*. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/detail/06-10-2015-who-unais-launch-new-standards-to-improve-adolescent-care>

Organização Mundial de Saúde (2018). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones Datos y cifras*. Disponível em: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

PORDATA (2018). *População residente segundo os Censos: total e por grupo etário*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Pereira, R.; Rito, M. (2013). A análise SWOT como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações & Conferências*, p. 273-278. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/33845>

Ruivo, M. *et al.* (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista PERCURSOS*. (15). Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria (s.d.). *Requisitos para o Atendimento ao Adolescente Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos\\_SPP/Atendimento\\_Adolescente.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_SPP/Atendimento_Adolescente.pdf)

Simões, C. (2010). *Adolescentes e comportamentos de saúde*. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/769/1/Adolescentes%20e%20comportamentos%20de%20saúde.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2019). *Carta Europeia dos Direitos da Criança e do Adolescente relativamente à Pediatria Ambulatória*. Disponível em: <http://criancaefamilia.spp.pt/direitos-da-crianca/carta-europeia-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-relativamente-a-pediatria-ambulatoria.aspx>

UNICEF. (1989). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

Viveiro, C.; Moleiro, P. (2012). Conhecimentos e práticas dos médicos referentes aos aspectos ético-legais no atendimento a adolescentes. *Acta Pediátrica Portuguesa*, p. 154-161. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/2350>

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

Utilização dos serviços de saúde por adolescentes previamente saudáveis:  
motivações e perspectivas – Resumo da Revisão da Literatura



## RESUMO

O adolescente é um indivíduo habitualmente saudável, que sente como tal. Devido a este e outros fatores, a adolescência pauta-se por um afastamento notório dos serviços de saúde, quando comparado com idades mais precoces. Porém, esta não é uma faixa etária isentas de riscos para a saúde, pelo contrário, é uma etapa do desenvolvimento marcada pela aquisição de novas capacidades físicas, cognitivas, emocionais e sociais que conduzem muitas vezes a momentos de experimentação, em que os limites são postos à prova e os comportamentos adotados constituem comportamentos de risco. Seria, pois, importante que os adolescentes frequentassem os serviços de saúde, de modo a que pudessem ser alvo da vigilância da sua saúde e capacitação para viver a adolescência de modo informado e consciente. Sabendo que tal não acontece com regularidade, importa perceber porquê, ou seja, como utilizam os adolescentes os serviços de saúde, quais as suas motivações e perspetivas – só assim será possível corresponder-lhes e melhorar os serviços e convidando os adolescentes a frequentá-los.

**Palavras-chave:** serviços de saúde, adolescente, utilização.

## ABSTRACT

Usually, adolescents are healthy individuals, who feels like one. Due to this and other factors, adolescence is based on a notable departure from health services when compared to earlier ages. However, this is not a risk-free age group; instead, it is a stage of development marked by the acquisition of new physical, cognitive, emotional and social capacities that often lead to moments of experimentation, where the limits are put to the test and the risk behaviors are adopted. It would therefore be important for adolescents to attend health services so that they could be targeted for health surveillance and training to live adolescence in an informed and conscious way. Knowing that this does not happen regularly, it is important to understand why, in other words, how adolescents use health services, their motivations and perspectives - only then will it be possible to match them and improve services quality, inviting adolescents to attend them.

**Keywords:** health services, adolescent, use.





## APÊNDICE II

### Cronograma do Projeto de Estágio

	ESTÁGIO I 14.05.18 – 22.06.18	ESTÁGIO FINAL										
		Módulo A 17.09.18 – 12.10.18	Módulo B 15.10.18 – 9.11.18	Módulo C 19.11.18 – 18.01.19								
METODOLOGIA				Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Jan - mar 2019
Observação das atitudes dos pais/pessoa significativa perante o adolescente durante a utilização dos serviços de saúde												
Observação da atitude dos profissionais de saúde perante o adolescente durante a prestação de cuidados												
Diálogo com a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira Chefe, de modo a auscultar a perceção de ambas sobre a utilização do serviço de saúde, nomeadamente das consultas de vigilância, por parte dos adolescentes												

Revisão bibliográfica												
Revisão da Literatura												
Apresentação do projeto à Comissão de Ética para a Saúde												
Obtenção, através do SINUS/RNU, de dados estatísticos relativos à frequência das consultas de vigilância												
Desenvolvimento de atividades de (in)formação no seio da equipa multidisciplinar												
Elaboração de material (in)formativo dirigido aos adolescentes												
Avaliação de resultados												

## APÊNDICE III

Adolescência: O que sabemos? O que fazemos? Como fazemos? – sessão elaborada no contexto do Estágio Final|Módulo C

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO DE ENFERMAGEM  
DE SAÚDE

ES  
S  
Escola Superior  
de Saúde  
IPHS/Algarve

IPS  
Instituto Português de Saúde  
Escola Superior de  
Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco  
Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

# ADOLESCÊNCIA

O que sabemos? O que fazemos? Como fazemos?

Discente: Enf. Marina Santos  
Docente Orientadora: Prof. Dulce Cruz  
Enf. Orientadora: EEESIP Cátia Moura

10 de janeiro de 2019

## PROBLEMA

“idade do armário, da parvoeira e da estupidez”

“têm a mania que sabem tudo, mas não têm responsabilidade nenhuma sobre as coisas”

falta de privacidade durante a prestação de cuidados\*

baixa adesão dos adolescentes a consultas de vigilância\*

desconforto dos profissionais de saúde na prestação de cuidados ao adolescente – “era mais simples quando a idade pediátrica ia até aos 14 anos”\*

“com 11 anos já não dá trabalho nenhum, só precisa é de estudar”

- Entendimento desajustado da adolescência e do(a) adolescente.
- A maioria dos jovens é saudável e sente-se saudável (OMS, 2018).


**Fraca utilização dos recursos de saúde por parte dos adolescentes**

\*informações elucidativas das observações realizadas durante as UC Estágio I e Estágio Final integrantes do MESIP

## MESTRE EM ENFERMAGEM ESPECIALISTA EM ESIP

- Demonstra capacidade para desempenhar as suas competências integrando conhecimentos e lidando com **situações complexas**, para as quais deve ser capaz de encontrar soluções que incluam **reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais** que delas resultem, com base em conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em **contextos alargados e multidisciplinares** (Decreto-Lei n.º 115/2013).
- Assiste o jovem e a sua família na **maximização da sua saúde**, prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do jovem (OE, 2018).
- Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais aos jovens e famílias – desenvolvimento de **competências**, adoção de **comportamentos potenciadores de saúde** (OE, 2018).
- Promove a **autoestima do adolescente** e a sua **autodeterminação** nas escolhas relativas à saúde (OE, 2018).
- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade, nomeadamente identificando lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação e atuando como **dinamizador da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática cuidativa**, visando **ganhos em saúde do cidadão** (OE, 2010).

### O QUE SABEMOS?



## O que é adolescência?


Quais os limites etários?  
Quais as principais características?

## Quem é o adolescente?

O que o caracteriza?



Brainstorming







## ADOLESCÊNCIA

(DGS, 2013)



### LIMITES E DURAÇÃO

Período de tempo que pode variar entre 18 meses e 5 anos, em geral 3 a 4 anos (habitualmente, quando se inicia mais cedo, a duração é maior).

A puberdade tem início em média aos 10 A nas raparigas e dois anos mais tarde nos rapazes, mas os limites do normal são bastante variáveis.

Quadro 1. Limites etários da puberdade

	Idade média de início	Limite inferior do normal	Limite superior do normal	Primeiro sinal pubertário
Raparigas	10 A	8 A	13 A	Botão mamário
Rapazes	12 A	9 A	14 A	Aumento de volume testicular (volume $\geq 4$ ml)

Estes casos devem ser referenciados a uma consulta hospitalar (de endocrinologia, pediatria geral ou de adolescentes).

## ADOLESCÊNCIA

(DGS, 2013)

Quadro 2. Estádios de Tanner

ESTÁDIOS	P (PILOSIDADE PÚBLICA)	M (DESENVOLVIMENTO MAMÁRIO)	G (ÓRGÃOS GENITAIS)
1	Pré-púbere: ausente	Pré-púbere	Pré-púbere; Testículos $\pm 2,5$ ml
2	Alguns pêlos longos; Pigmentados	Botão mamário	Aumento dos testículos (volume $\geq 4$ ml); Pigmentação do escroto
3	Pêlos escuros, encaracolados, > quantidade	Mama e aréola maiores	Alongamento do pénis; testículos maiores
4	Pêlos tipo adulto; atinge mas não ultrapassa a face interna das coxas	Aréola e mamilo destacam-se do contorno da mama	Alargamento pénis; pregueamento da pele do escroto
5	Distribuição tipo adulto	Morfologia adulta; mama e aréola no mesmo plano	Tipo adulto; volume testicular: 15-25 ml

acne  
espermarca (fecundidade)  
+ mudanças da voz

menarca (fecundidade)  
mudanças da voz

## ADOLESCÊNCIA

(DGS, 2013)

### COMPOSIÇÃO CORPORAL E CONSTANTES BIOLÓGICAS

- ♂ Cintura escapular (testosterona) ♀ cintura pélvica (hormonas femininas)
- ♂ Mais massa magra (músculo) ♀ mais massa gorda
- Aparelho cardiovascular - TA média ↑ com o estágio pubertário
- ♂ Hemoglobina e o hematócrito ↑ → a interpretação dos valores hematológicos nos rapazes, nesta idade, deve ter em conta o estágio pubertário ♀ não se verifica qualquer modificação apreciável relacionada com a idade ou o estágio pubertário

## ADOLESCÊNCIA

- ↑ produção dos esteroides sexuais → impacte relevante no cérebro → aquisição das capacidades cognitivas do adulto + construção de estratégias para a tomada de decisões + adoção de novos padrões de comportamento social (DGS, 2013).
- Aptidões cerebrais como a ligação entre diferentes partes do cérebro que se ativam durante uma tarefa ↑ durante a adolescência (Giedd & Rapoport, 2010).

"Atualmente, considera-se que existem dois períodos de organização dos circuitos neuronais e do comportamento, dependentes dos esteroides sexuais: um, no período neonatal e, outro, na adolescência" (DGS, 2013).





## ADOLESCÊNCIA

### FACTOS E NÚMEROS

HBSC 2018

(6997 adolescentes 6º, 8º e 10º anos)

- Desinteresse generalizado face à participação social e a cidadania ativa
- Escassa perceção do seu papel enquanto agentes de mudança
- Queixas de mal-estar físico e exaustão, problemas de sono, descontentamento com a escola
- Poucas noções de profilaxia sexual
- Comportamentos autolesivos
- O tempo passado nas redes sociais é um dos temas que mais provocam discussões com a família, amigos e namorado (a)



- Abertura à diversidade e aos outros
- Interesse por um estilo de vida ativo
- Esforço para uma alimentação saudável (equilibrado ao nível das famílias e desequilibrado nas escolas)
- ↓ de drogas e tabaco
- Alto índice de felicidade e perceção de boa saúde



## ADOLESCÊNCIA

### FACTOS E NÚMEROS

HBSC 2018

(6997 adolescentes 6º, 8º e 10º anos)

I. O SNS não está preparado para atender os problemas dos adolescentes.

II. Os esforços da educação para a saúde nas escolas diminuiu.

⇒ Transformar estes resultados em ações preventivas que possam melhorar a vida de uma geração de jovens genericamente responsáveis, ativos, autónomos, saudáveis, diversos, flexíveis e felizes – podem constituir uma boa base de trabalho e um bom desafio civilizacional (Matos, 2018).

## ADOLESCÊNCIA

SAÚDE INFANTIL E JUVENIL  
PORTUGAL 2018

### Motivos de internamento mais frequentes

- doenças do aparelho digestivo
- lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas - ↑ idade
- complicações da gravidez, parto e puerpério
- perturbações mentais e do comportamento

## ADOLESCÊNCIA

- A maioria dos jovens é saudável e sente-se saudável.
- Porém:
  - mortalidade prematura, morbilidade, lesões continuam ☹ (OMS, 2018);
  - consumo de álcool e/ou tabaco e relações sexuais desprotegidas ↑ risco saúde presente/futura (OMS, 2018);
  - comportamentos de risco iniciam-se geralmente nesta idade → continuam durante a vida adulta/ têm consequências nessa fase da vida (Lissauer e Clayden, 2009).
- É fundamental:
  - I. fomentar comportamentos saudáveis durante a adolescência (OMS, 2018)
  - II. promover o desenvolvimento pessoal e social + autodeterminação e progressiva responsabilização pelas escolhas em saúde (DGS, 2013).

## ADOLESCÊNCIA

Utilização dos serviços - UCSP S

“O hábito, felizmente instituído entre nós, de vigilância de saúde nos primeiros anos de vida, quebra-se progressivamente a partir da idade escolar” (Secção de Medicina do Adolescente – SPP).

	EGS 5/6 A	EGS 12/13 A	Exame 15 A
	123	76	25
Nº crianças	276	442	170

	1 <sup>os</sup> 2 A	2 - 13 A	14 - 18 A
Cons. Vigilância	1067	766	91
	1 <sup>os</sup> 2 A	2 - 13 A	14 - 18 A
Nº crianças	279	1763	761
	1 <sup>os</sup> 2 A	2 - 13 A	14 - 18 A
Cons. Doença	367	1574	563

## ADOLESCÊNCIA

Utilização dos serviços

- Ações demasiadamente centradas nos problemas de saúde – insuficiente valorização da satisfação das necessidades
- Dificuldade em admitir a necessidade de ajuda e sensação de desenquadramento – os serviços parecem estar voltados para o público infantil ou para os adultos
- Desconhecimento sobre o funcionamento dos serviços
- Existência de experiências anteriores menos satisfatórias (sensação de julgamento, falta de privacidade e/ou confidencialidade)
- Profissionais referem com frequência competências insuficientes e/ou necessitarem de outras condições
- Deficiente articulação entre os vários agentes promotores da saúde dos adolescentes

## ADOLESCÊNCIA

O QUE FAZER?

COMO FAZER?

- i. Assegurar a **privacidade** e **confidencialidade** – permitir o atendimento a sós
- ii. Facilitar a **acessibilidade** e flexibilizar o modelo do atendimento
- iii. Potenciar o exercício do **consentimento livre e esclarecido** e a **participação ativa dos próprios**
- iv. Manter uma **perspetiva integral** das ≠ necessidades, valorizando a componente **psicossocial**

DGS, 1998 e DGS, 2013

**Elementos a ter em conta desde que o adolescente entra no serviço de saúde** ⇒ equipa assistentes técnicos, equipa de enfermagem, equipa médica

## ADOLESCÊNCIA

O QUE FAZER?

COMO FAZER?

Proporcionar o sentimento de que a confidencialidade é assegurada potencia a obtenção de informação verdadeira sobre comportamentos de risco e/ou assuntos realmente importantes.

Por outro lado, o sentimento de que a confidencialidade não é garantida, conduz aos afastamento dos serviços de saúde (Levine, 2009).

No caso dos adolescentes, a confidencialidade deve ser mantida também em relação aos pais (Carta Europeia dos Direitos da Criança e do Adolescente relativamente à Pediatria Ambulatória).

## ADOLESCÊNCIA

O QUE FAZER?

COMO FAZER?

"Os filhos estão sujeitos às responsabilidades parentais até à maioridade ou emancipação" + "competem aos pais, no interesse dos filhos, a educação, a criação e a guarda" (art.º 1877 do Código Civil).

Os profissionais de saúde devem ser capazes de perceber quando e como assegurar a continuidade do cuidado com a criança e o adolescente, respeitando a confidencialidade dos cuidados e quais os seus limites, promovendo simultaneamente a comunicação entre pais e filhos e envolvendo os primeiros no cuidado ao adolescente (Levine, 2009).

O consentimento (...) é encaixado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta (art.º 38 do Código Penal).

## ADOLESCÊNCIA

O QUE FAZER?

COMO FAZER?

As idades-chave não são rígidas – se, por outros motivos, o adolescente se deslocar à consulta, pouco antes ou pouco depois da idade-chave e a sua situação clínica o permitir, deverá ser efetuada a vigilância de saúde infantil (DGS, 2013).

Existência de um profissional de referência (DGS, 1998).

Cuidados interdisciplinares e simplificação dos procedimentos administrativos (DGS, 1998).

Aquando do agendamento da consulta, o profissional de saúde deve ter em conta o horário escolar, épocas de exames/testes e o regime de faltas escolares (Ferreira et al, 2011).



## ADOLESCÊNCIA

Resumindo, concluindo  
e aplicando

- I. Adolescente - não é uma criança grande nem um adulto pequeno - tem características próprias que devemos conhecer, respeitar e potenciar.
- II. Adolescente maior de 16 anos - deve poder decidir sobre a sua saúde de forma autónoma, sem o consentimento dos pais e mantendo a confidencialidade das suas decisões.
- III. Adolescência - enorme riqueza e potencial | a descoberta do mundo com outros olhos acarreta riscos.
- IV. Prioridade: capacitar os adolescentes para fazerem o melhor uso possível das capacidades que agora adquirem - têm o direito de aproveitar a adolescência, mas o dever de o fazer de modo inteligente (**literacia em saúde**)!
- V. Os pais não nascem ensinados - há aulas de preparação para a parentalidade quando o bebé nasce e agora?

## ADOLESCÊNCIA

Resumindo, concluindo  
e aplicando

- I. Escola/equipa de saúde escolar - divulgar informação sobre os serviços disponíveis (o quê, onde, como, quem)
- II. Quando o adolescente se dirige aos serviços
  - Menor de 16 anos - deve (e a família) ser informado de que pode ser atendido a sós (não esquecer contudo, a importância dos cuidados aos pais, que também devem poder ser atendidos a sós) - **equipa médica e de enfermagem**
  - Maior de 16 anos - deve poder ser atendido sozinho desde o momento da marcação da consulta (confidencialidade e privacidade!) - **equipa médica e de enfermagem + equipa administrativa** na marcação da consulta (atenção ao contacto do adolescente e não contacto da família!)

## ADOLESCÊNCIA

Resumindo, concluindo  
e aplicando

- I. Todas as oportunidades devem ser aproveitadas para consulta de vigilância ou para marcação da mesma – equipa interdisciplinar
- II. A periodicidade das consultas não deve ser rígida e seguir cegamente o PNSIJ – se o adolescente manifestou dúvidas que parecem não ter ficado esclarecidas, se existem problemas e/ou risco (**componente psicossocial e familiar!**) deverão ser marcadas consultas subsequentes fora das idades-chave – equipa médica e de enfermagem

## ADOLESCÊNCIA

Resumindo, concluindo  
e aplicando

Ao ajudar os adolescentes a gozar dos seus direitos à saúde, ao bem-estar, à educação e à participação plena na sociedade, estamos a contribuir para que alcancem o seu pleno potencial na vida adulta (Ban Ki-moon, 2015).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação para a promoção da segurança infantil. (2014). *Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo (2000-2013) Reedição, revista e adaptada*. Disponível em: [http://apsi.org.pt/images/Documentos/EstudodasQuedas20002013\\_Resumo.pdf](http://apsi.org.pt/images/Documentos/EstudodasQuedas20002013_Resumo.pdf)
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2015). *Acidentes rodoviários com crianças e jovens (0 - 17 anos) Evolução nos últimos 16 anos (1998-2013) Principais resultados*. Disponível em: [http://apsi.org.pt/images/Documentos/Evolucaoacidentesrodovioscriancas\\_19982013.pdf](http://apsi.org.pt/images/Documentos/Evolucaoacidentesrodovioscriancas_19982013.pdf)
- Carta Europeia dos Direitos da Criança e do Adolescente Relativamente à Pediatria Ambulatória. Disponível em: <http://criancaefamilia.spp.pt/direitos-da-crianca/carta-europeia-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-relativamente-a-pediatria-ambulatoria.aspx>
- Carvalho, J.; Sá, A.; Preto, C.; Ferreira, N.; Gaspar, E. (2013). Os Adolescentes na Consulta e no Internamento. *Boletim Adolescentes e Adolescência*, p. 4-10. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Seccao\\_Medicina\\_Adolescente/Boletim\\_SPMA\\_Dez\\_2013.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Seccao_Medicina_Adolescente/Boletim_SPMA_Dez_2013.pdf)
- Decreto-Lei n.º 115/2013. (2013). Diário da República, 1.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2013. Disponível em: <https://dre.pt/web/quest/pesquisa/-/search/498487/details/maximized>
- Direção-Geral de Saúde (1998). *Saúde dos Adolescentes: Princípios Orientadores*. Disponível em: [https://www.dgs.pt/upload/membro\\_id/ficheiros/1019053.pdf](https://www.dgs.pt/upload/membro_id/ficheiros/1019053.pdf)
- Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2018). *Saúde Infantil e Juvenil Portugal 2018*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-saude-infantil-e-juvenil-portugal-2018.aspx>
- Ferreira, S.; Freira, S.; Ferreira, P.; Fonseca, H. (2011). Faltas à Consulta de Adolescentes: motivos e dimensão do problema. *Acta Pediátrica Portuguesa*, p. 258-263. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/4277/3377>
- Fonseca, H. (2008). *Compreender os Adolescentes Um Desafio para Pais e Educadores*. Lisboa: Editorial Presença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Giedd, J e Rapoport, J. (2010). Structural MRI of Pediatric Brain Development: What Have We Learned and Where Are We Going?. *Neuron*, p. 728-734. Disponível em: [https://www.cell.com/neuron/fulltext/S0896-6273\(10\)00683-5?\\_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0896627310006835%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/neuron/fulltext/S0896-6273(10)00683-5?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0896627310006835%3Fshowall%3Dtrue)
- Levine, S. (2009). Adolescent Consent and Confidentiality. *Pediatrics in Review*, p. 457-458. Disponível em: <http://pedsinreview.aappublications.org>
- Lissauer, T., Clayden, G. (2009). *Manual Ilustrado de Pediatria*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/regulamento-das-competencias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-competencias-especificas-das-especialidades-em-enfermagem/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/regulamento-das-competencias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-competencias-especificas-das-especialidades-em-enfermagem/>
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services — An Agenda for Change*. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO\\_FCH\\_CAH\\_02.14.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1)
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*. Disponível em: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/)
- Organização Mundial de Saúde (2018). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones Datos y cifras*. Disponível em: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Strecht, P. (2008). "Prefácio". In Fonseca, H. *Compreender os Adolescentes Um Desafio para Pais e Educadores*. Lisboa: Editorial Presença, p. 11-14.
- Viveiro, C.; Moleiro, P. (2012). Conhecimentos e práticas dos médicos referentes aos aspectos ético-legais no atendimento a adolescentes. *Acta Pediátrica Portuguesa*, p. 154-161. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/2250>



## APÊNDICE IV

Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil: Consultas na Adolescência – 10 A | 12/13 A | 15/18 A – Documento de trabalho elaborado durante o Estágio Final | Módulo C



**Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica | janeiro 2019**

Discente: Enf. Marina Santos | Enf. Orientadora: EEESIP Cátia Moura | Docente Orientadora: Prof. Dulce Cruz

### VIGILÂNCIA EM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

#### CONSULTAS NA ADOLESCÊNCIA – 10 A | 12/13 A | 15/18 A

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) - instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil, promotor da igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

Pretende-se, com a vigilância em Saúde Infantil e Juvenil realizada na adolescência (DGS, 2013):

- I. Avaliar o crescimento e desenvolvimento do adolescente, bem como a dinâmica familiar (família tradicional/reconstruída/monoparental, relações familiares) e rede de suporte sociofamiliar (escola, grupo de pares);
- II. Estimular a opção por comportamentos promotores de saúde (nutrição, prática regular de exercício físico, atividades de lazer “saudáveis”, gestão do stress, prevenção de consumos nocivos, adoção de medidas de segurança);
- III. Promover: o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV), a saúde oral, a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento;
- IV. Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida do adolescente, tais como: perturbações da visão/audição, perturbações do desenvolvimento estatura-ponderal e psicomotor, problemas dentários, alterações do comportamento e do foro emocional e relacional;

- V. Reforçar o papel dos pais e/ou outros cuidadores, informando sobre o desenvolvimento do adolescente e apoiando/estimulando o exercício adequado das responsabilidades parentais;
- VI. Sinalizar e proporcionar apoio continuado (avaliar a articulação com outras entidades) ao adolescente com doença crónica/deficiência e às suas famílias;
- VII. Identificar, apoiar e orientar o adolescente e/ou família vítimas de maus tratos e de violência, tais como: negligência, maus tratos físicos e/ou psicológicos, abuso sexual, *bullying*, práticas tradicionais lesivas (nomeadamente a mutilação genital feminina);
- VIII. Promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação do adolescente, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido e promovendo a equidade de género.



“Nas consultas de adolescentes, há que facilitar a **acessibilidade** e assegurar a **privacidade** e **confidencialidade**, permitindo, aos que o desejem, o **atendimento a sós**. (...) para além da acessibilidade facilitada e da **flexibilidade no modelo do atendimento**, a privacidade, a confidencialidade, o exercício do **consentimento livre e esclarecido** e a **participação ativa dos próprios**, constituem princípios que devem presidir a todas as iniciativas tomadas” (DGS, 2013).

As idades-chave preconizadas não são rígidas – se, por outros motivos, o adolescente se deslocar à consulta, pouco antes ou pouco depois da idade-chave e se a sua situação clínica o permitir, deverá ser

⇒ A prevalência das perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência tem vindo a adquirir uma dimensão importante (conduzindo a grandes encargos à sociedade, humanos e financeiros e sendo, muitas vezes, precursora de perturbações na idade adulta\*). A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil constitui uma oportunidade privilegiada de triagem, avaliação, intervenção e

---

\* Metade dos problemas de saúde mental na idade adulta começam a manifestar-se aos 14 anos, sem que a maioria seja detetada ou tratada atempadamente (OMS, 2018).

orientação, na medida em que as equipas que a realizam possuem um melhor conhecimento das famílias e da sua trajetória de vida, bem como das necessidades e recursos locais – a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas deve, pois, transformar-se numa prioridade (DGS, 2013 e Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM], 2009).

“Em saúde mental da infância e da adolescência é por vezes difícil traçar uma fronteira entre o normal e o patológico” - ao longo do desenvolvimento, diversos sintomas podem surgir de forma transitória e sem evolução patológica (muitas vezes no decurso de conflitos inevitáveis e necessários ao desenvolvimento psicológico do adolescente) e um sintoma, por si só, não implica necessariamente a existência de psicopatologia. Há, contudo, alguns indicadores que podem ser úteis na distinção entre normal e patológico (CNSM, 2009, p. 14):

Sintomas Normais (inerentes ao desenvolvimento)	Sintomas Patológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pouco intensos.</li> <li>▪ Transitórios.</li> <li>▪ Restritos a uma área da vida da criança.</li> <li>▪ Sem repercussão sobre o desenvolvimento.</li> <li>▪ A criança fala neles com facilidade.</li> <li>▪ Sem disfunção familiar evidente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensos e frequentes.</li> <li>▪ Persistem ao longo do desenvolvimento.</li> <li>▪ Causam grave restrição em diferentes áreas da vida da criança.</li> <li>▪ Repercussão no desenvolvimento psicológico normal.</li> <li>▪ Meio envolvente patológico.</li> <li>▪ Associação de múltiplos sintomas.</li> </ul>

---

Sinais de alerta para referenciação na adolescência\* (CNSM, 2009)

- Incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas.
- Somatizações múltiplas ou persistentes.
- Humor depressivo, ideação suicida, tentativas de suicídio, isolamento relacional.
- Ansiedade excessiva.
- Alterações do pensamento e da percepção.
- Sintomatologia obsessivo-compulsiva.
- Insónia grave, persistente.
- Restrição alimentar, preocupação com o peso, comportamentos purgativos.
- Passagens ao ato impulsivas (agressivas ou sexuais), comportamentos autoagressivos, fugas.
- Comportamentos antissociais repetidos.

---

## OS PAIS DOS ADOLESCENTES

---

Os adolescentes já não são crianças, mas não são ainda adultos (Fonseca, 2008) e a viagem entre estes dois mundos pauta-se, em muitos casos, por uma emergência impulsiva e conflitualidade intrapsíquica (Strecht, 2008) com que muitos pais têm dificuldade em lidar. Neste período de mudanças e características por vezes paradoxais (OMS, 2002), não só o adolescente, mas também os pais necessitam de ser informados, capacitados e apoiados, de modo a que possam assumir as suas responsabilidades parentais da forma mais satisfatória (OMS, 2007) para o adolescente e para eles mesmos. Importa, pois, providenciar informação sobre o desenvolvimento normal na adolescência, realçando que é uma fase de enorme riqueza e potencial (Strecht, 2008), ainda que as características que a definem acarretem riscos que não devem ser silenciados, mas antes discutidos aberta e responsabilmente. Consciencializar os pais sobre a importância do seu papel e da influência que representa na saúde e desenvolvimento do seu filho é igualmente importante (OMS, 2007).

### PARÂMETROS A AVALIAR [CONSULTA 10 A](#) (DGS, 2013)

Peso | Altura | IMC | TA

Pele (acne, hirsutismo)

Dentição (estado dentário e gengival | utilização do cheque-dentista dos 10 A)

Visão (atendendo aos fatores de risco ou se ocorrer ↓ visão) | Audição

Exame físico (em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina) | Postura | Estádio pubertário (Estádios de *Tanner*)

Desenvolvimento psicoafectivo e social (afirmação progressiva da identidade (também de género) e autonomia | aquisição de capacidades cognitivas de gestão de problemas, conflitos e atividades quotidianas e de novos interesses intelectuais)

Sinais/sintomas de alerta (\*) | condutas de risco - consumo de tabaco, álcool e/ou outras substâncias psicoativas ilícitas; comportamentos sexuais de risco | enurese e encoprese – avaliação da existência e/ou manutenção) | PNV

Risco de maus tratos (existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos e manutenção da informação relativa ao processo familiar atualizada)

Segurança do ambiente (risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer | exposição ao fumo do tabaco e a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente)

**CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS [CONSULTA 10 A](#) (DGS, 2013)**

Puberdade (puberdade normal | puberdade precoce | atraso pubertário) e sexualidade

Alimentação (adequação à fase de crescimento e atividade | qualidade, quantidade) e atividade física (tipo, frequência, intensidade e segurança)

Hábitos de sono (número de horas de sono, qualidade e higiene do sono)

Higiene e saúde oral (escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário)

Escola (ano de escolaridade, bem-estar, projetos, absentismo escolar, *bullying* e *cyberbullying*)

Família (dinâmica familiar, adultos de referência) e grupo de pares (socialização, atividades, redes sociais)

Tempos livres (sedentarismo, hábitos de televisão/novas tecnologias)

Cidadania (direitos humanos, (des)igualdade de género, ambiente)

Segurança e acidentes (acidentes domésticos e em atividades desportivas e de lazer e segurança rodoviária)

Consumos nocivos (álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes) e violência e maus tratos (existência de lesões e/ou outros sinais/sintomas sugestivos de qualquer tipo de maus tratos)

⇒ A consulta dos 12/13 A constitui um Exame Global de Saúde, devendo ser preenchida a “Ficha de Ligação à Saúde Escolar”. O preenchimento desta ficha servirá como orientação da consulta, na medida em que na sua construção foram tidos em conta os parâmetros a avaliar e os cuidados antecipatórios preconizados no PNSIJ.

**PARÂMETROS A AVALIAR [CONSULTA 15/18 A](#) (DGS, 2013)**

Peso | Altura | IMC | TA

Pele (acne, hirsutismo)

Dentição (estado dentário e gengival)

Visão (atendendo aos fatores de risco ou se ocorrer ↓ visão) | Audição

Exame físico (rastreamento de anemia e ferropenia, atendendo aos hábitos alimentares e padrão menstrual | em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina) | Postura | Estádio pubertário (Estádios de *Tanner*)

Desenvolvimento psicoafectivo e social (redefinição do modo de relacionamento com a família e amigos, incluindo relações diádicas | desenvolvimento de ideais e de sistema de valores éticos e morais)

Sinais/sintomas de alerta (\* | condutas de risco - consumo de tabaco, álcool e/ou outras substâncias psicoativas ilícitas; comportamentos sexuais de risco) | PNV

Risco de maus tratos (existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos e manutenção da informação relativa ao processo familiar atualizada)

Segurança do ambiente (risco de acidentes de trabalho\*\*, rodoviários\*\*\* e de lazer | exposição ao fumo do tabaco e a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente)

---

\*\*Apesar de menos letais, os acidentes de trabalho nos jovens são mais prováveis do que nos adultos, em resultado de (entre outros fatores) um comportamento de maior propensão para correr riscos (APSI, 2014).

\*\*\*Entre 2010 e 2012 o maior número de mortos e feridos ocorridos em Portugal (0 – 17 anos), na sequência de um acidente rodoviário, verificou-se entre os 15 e os 17 anos (APSI, 2015).

**CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS [CONSULTA 15/18 A](#) (DGS, 2013)**

Puberdade (puberdade normal | puberdade precoce | atraso pubertário) e sexualidade (contraceção, género, relações diádicas e violência no namoro)

Alimentação (adequação à fase de crescimento e atividade | qualidade, quantidade) e atividade física (tipo, frequência, intensidade e segurança)

Hábitos de sono (número de horas de sono, qualidade e higiene do sono)

Higiene e saúde oral (escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário)

Escola (ano de escolaridade, bem-estar, projetos, absentismo escolar, *bullying* e *cyberbullying*) e/ou trabalho (assédio moral e assédio sexual)

Família (dinâmica familiar, adultos de referência) e grupo de pares (socialização, atividades, redes sociais)

Tempos livres (sedentarismo, hábitos de televisão/novas tecnologias)

Cidadania (direitos humanos, (des)igualdade de género, ambiente)

Segurança e acidentes (segurança rodoviária (como peão, passageiro e condutor), em desportos (em particular os desportos radicais e mergulho) e em atividades de lazer)

Consumos nocivos (álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes) e violência e maus tratos (existência de lesões e/ou outros sinais/sintomas sugestivos de qualquer tipo de maus tratos)

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2014). *Consultas de Saúde Infantil Orientações técnicas para a prevenção de acidentes*. Lisboa: APSI.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2015). *Acidentes rodoviários com crianças e jovens (0 - 17 anos) Evolução nos últimos 16 anos (1998-2013) Principais resultados*. Disponível em: [http://apsi.org.pt/images/Documentos/Evolucaoacidentesrodovirioscrianas\\_19982013.pdf](http://apsi.org.pt/images/Documentos/Evolucaoacidentesrodovirioscrianas_19982013.pdf)

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i015903.pdf>

Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>.

Fonseca, H. (2008). *Compreender os Adolescentes Um Desafio para Pais e Educadores*. Lisboa: Editorial Presença.

Organização Mundial de Saúde (2018). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones Datos y cifras*. Disponível em: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Organização Mundial de Saúde (2007). *Helping parents in developing countries improve adolescents' health*. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43725/9789241595841\\_eng.pdf;jsessionid=33346E9EDCA81DA3A40E62EE1FEF6D42?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43725/9789241595841_eng.pdf;jsessionid=33346E9EDCA81DA3A40E62EE1FEF6D42?sequence=1)

Organização Mundial de Saúde (2002). *Adolescent Friendly Health Services — An Agenda for Change*. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO\\_FCH\\_CAH\\_02.14.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1)

Strecht, P. (2008). “Prefácio”. In Fonseca, H. *Compreender os Adolescentes Um Desafio para Pais e Educadores*. Lisboa: Editorial Presença, p. 11-14.



## APÊNDICE V

Adolescência e Saúde – Panfleto elaborado durante o Estágio Final| Módulo C

**ADOLESCÊNCIA E SAÚDE**

**?** **SABIAS QUE**

És adolescente—tens entre 10 e 18 anos?

No **Centro de Saúde de S** há uma equipa de profissionais disponíveis para te ajudar a viveres a adolescência de forma mais tranquila, livre e esclarecida!

**Como?**

- ⇒ Esclarecendo dúvidas sobre temas que para ti importantes.
- ⇒ Fornecendo métodos contraceptivos, de forma gratuita e confidencial.
- ⇒ Ajudando a resolver problemas relacionados com a saúde/bem-estar.
- ⇒ Avaliando o teu estado de saúde e fornecendo-te informações sobre a melhor forma de fazeres escolhas que a protejam e promovam.

**!** A tua privacidade será sempre respeitada e a confidencialidade absolutamente mantida | todas as consultas são gratuitas.

**A** tua saúde e bem-estar estão nas tuas mãos!

Se tens 16 anos ou mais, podes marcar uma consulta, onde podes comparecer sem a presença dos teus pais.

Poderás marcar presencialmente, por email ou telefone, ou ainda através do site <https://www.sns.gov.pt/>.

Mesmo que sintas que está tudo bem contigo, deverás fazer pelo menos uma consulta aos 10 anos, entre os 12-13 e entre os 15 -18.

**S**e não quiseres ou puderes dirigir-te ao centro de saúde, podes contactar-nos por email:

...@....min-saude.pt  
...@....min-saude.pt  
...@....min-saude.pt  
...@.....mín-saude.pt

Em alternativa, podes contactar-nos telefonicamente:

870 450|458|440



## ANEXOS

## ANEXO I

### Parecer da Comissão de Ética para a Saúde

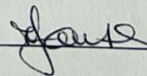
**COMISSÃO DE ÉTICA - CE**

Parecer da Comissão de Ética (CE) na reunião de 18/12/2018, ao Estudo de:

Marina Manuela Gonçalves dos Santos, enfermeira a prestar cuidados de saúde na [redacted], discente do Instituto Politécnico de Setúbal/Escola Superior de Saúde/Mestrado em Enfermagem, com a entrada I/35535/18/CETICA, de 18/12/18, relativo ao estudo "Utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes – perspetiva de um enfermeiro num centro de saúde do sul do país".

A CE deliberou, por unanimidade de votos dos membros presentes, dar parecer favorável ao estudo por estarem cumpridos os requisitos apreciados e, desde que seja obtida a necessária autorização do [redacted] respetivo responsável pelo acesso à informação administrativa (RAI).

A Presidente da CE da [redacted]

  
[redacted]

